

Sheila Martínez López
Laura Rego Pacheco

EPISIOTOMÍA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA
Estudio de la experiencia de cuatro mujeres con secuelas derivadas de la
intervención

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. M. Sagrario Acebedo Urdiales

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2020

ÍNDICE

RESUMEN	3
JUSTIFICACIÓN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVOS GENERALES	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1 MARCO FILOSÓFICO: CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA	8
3.2 HUMANIZACIÓN VERSUS MEDICALIZACIÓN DEL PARTO	10
3.3 PARTO	12
3.3.1 Instrumentalización del parto	13
3.4 EPISIOTOMÍA. ¿DE QUÉ HABLAMOS?	14
3.4.1 Prevención de la episiotomía	14
3.4.2 Problemas derivados	15
3.4.3 Reeducación del suelo pélvico	16
3.4.4 Punto de vista de los profesionales	18
4. METODOLOGÍA	19
4.1. TIPO DE ESTUDIO	19
4.2. FASE PREPARATORIA	19
4.3 RECOGIDA DE DATOS	19
4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	20
4.4.1. Criterios de inclusión	21
4.4.2. Criterios de exclusión	21
4.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS	21
4.6 CRITERIOS ÉTICOS	23
5. RESULTADOS	24
5.1 PROCESO DEL PARTO	24
5.2 CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA	27
5.3 REHABILITACIÓN	34
5.4 INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA	36
5.5 TOMA DE DECISIONES	39
5.6 VIVENCIAS Y PERCEPCIONES	44

6. DISCUSIÓN	48
6.1 PROCESO DEL PARTO	48
6.2 CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA	49
6.3 INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA	50
6.4 REHABILITACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA	52
6.5 TOMA DE DECISIONES	53
6.6 VIVENCIA Y PERCEPCIONES	55
7. CONCLUSIÓN	57
8. LIMITACIONES	59
9. BIBLIOGRAFÍA	60
10. ANEXOS	71
10.1 ANEXO 1	71
10.2 ANEXO 2	72
10.3 ANEXO 3	73
10.4 ANEXO 4	75

RESUMEN

Introducción: La episiotomía era uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes que se realizaba de forma rutinaria en el proceso del parto, sin embargo, tras diversos estudios se ha visto cuestionada su utilización, recomendando un uso restrictivo de la misma. Esto conlleva menor traumatismo perineal grave y menos complicaciones. Sin embargo, la tasa de episiotomías en la actualidad supera aún lo recomendado según los organismos competentes. Este aumento en la tasa conlleva más complicaciones a largo plazo en la mujer, como son dolor, incontinencia urinaria, dispareunia y problemas del suelo pélvico. Por eso, es importante que el profesional se asegure que los beneficios superen los riesgos. **Objetivos:** explorar la experiencia de la realización de la episiotomía e identificar su impacto en la calidad de vida. **Metodología:** estudio piloto de carácter fenomenológico descriptivo. La muestra la han conformado cuatro mujeres. Los datos se han recogido mediante entrevistas semiestructuradas. Tras el análisis de los datos se han identificado seis temas generales que integran las categorías: proceso de parto, consecuencias de la episiotomía, rehabilitación, información, toma de decisiones, vivencias y percepciones. **Resultados y discusión:** En todas las mujeres el uso de la episiotomía fue justificado, sin embargo, todas ellas tuvieron consecuencias físicas, emocionales y que afectaron a su calidad de vida. Se observa que en todas las participantes ha habido una falta de información y de toma de decisiones compartidas previamente, durante y posteriormente al parto, esto ha afectado a su propia vivencia y percepción. **Conclusiones:** La episiotomía restrictiva supone una mejoría en la calidad de vida de la mujer. Se debe dotar de información a las gestantes sobre las medidas preventivas de dicha técnica. Es relevante un criterio unánime fundamentado en la evidencia científica, para que contribuya a una percepción de seguridad de las gestantes y una atención más humanizada. La matrona juega un papel fundamental en el acompañamiento de la mujer.

Palabras Clave: Episiotomía, consecuencias, información, vivencia, humanización del parto.

JUSTIFICACIÓN

Según la literatura, hoy en día aún observamos controversia sobre cuándo hacer uso de la episiotomía. Algunos autores, mencionan que su uso está exclusivamente justificado cuando hay una complicación en el parto durante el periodo expulsivo, mientras que otros, consideran que su finalidad es preventiva. Pero, sobre lo que no hay duda es que, la episiotomía causa una serie de complicaciones a la mujer, tanto a corto como a largo plazo. Por ello, nos gustaría valorar en este estudio, la repercusión no visible que ocasiona la realización de una episiotomía.^{1, 2}

Hemos observado además una falta de trabajos de investigación cualitativa sobre cómo la episiotomía esto afecta a las mujeres, tanto a nivel físico, como a nivel psicológico, social y económico. Es por ello, que hemos considerado que este trabajo podría también aportar argumentos en el debate sobre la episiotomía.

Se ha observado también que a pesar de estar en controversia, la tasa de episiotomías está elevada por encima de las recomendaciones. Lo que implica también, un alto gasto económico sanitario, en ocasiones injustificado por el uso indebido de las mismas. El gasto viene dado por materiales (de sutura, anestésicos, analgésicos, etc.) y equipos necesarios para la realización de la episiotomía, así como los recursos asociados a las complicaciones de la herida.⁶

Esta técnica es responsabilidad de enfermería, concretamente de la matrona, tanto la realización de la misma, como la prevención y el tratamiento de posibles complicaciones. Por lo que, nuestro estudio puede ayudar contribuir a una conciencia en el campo enfermero de modo que se promueva una atención al parto humanizada que se aleje lo máximo posible del intervencionismo.

A nivel personal, este tema nos genera gran interés ya que, el ámbito de la obstetricia y ginecología nos apasiona y en un futuro profesional nos gustaría poder dedicarnos a este campo. Esto nos ha incentivado a investigar sobre todo aquello que tenga que ver con la episiotomía y la mujer, pues tal y como hemos descrito anteriormente, se observa una clara controversia y es necesario valorar claramente los beneficios y los riesgos.

1. INTRODUCCIÓN

La episiotomía, es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión en el periné durante el parto, con el objetivo de aumentar el tamaño de la apertura vaginal en el periodo expulsivo del parto para facilitar así la expulsión del feto.^{4,5}

La práctica de la episiotomía apareció a finales del siglo XVIII, utilizándose exclusivamente para partos dificultosos, hasta que a finales del siglo XIX se introdujo la idea de la episiotomía profiláctica para prevenir el daño perineal. A partir del año 1920, se generalizó su uso para aliviar el dolor, prevenir desgarros, disminuir la duración del parto y la morbilidad perinatal. A pesar de no tener suficientes datos sobre sus indicaciones, se convirtió en un procedimiento habitual, subestimando así sus efectos adversos.⁶

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento en el que afirmaba que no existía evidencia de que la utilización indiscriminada de la episiotomía tuviera efectos beneficiosos, pero sí que había sobre los daños que podía producir. En un estudio que tuvo gran repercusión publicado por Carroli y Mignini, afirmaban que el uso restrictivo de la episiotomía producía un traumatismo perineal menos grave, un menor traumatismo perineal posterior, menos suturas y menos complicaciones de cicatrización a los 7 días. Asimismo, consideran que no presenta diferencias en la aparición de dolor, incontinencia urinaria, dispareunia o traumatismo vaginal grave.⁷

Además, en una revisión de Cochrane publicada en 2017, nos asegura que el uso rutinario de la episiotomía no disminuye el traumatismo perineal. Es más, en las mujeres en las que sólo se realizaba la episiotomía selectiva, se observaron un 30% menos con traumatismo perineal grave al momento del parto en comparación con las mujeres a las que se les aplicó una política de episiotomía sistemática.⁸

En la actualidad, el uso de la episiotomía es restrictivo, pero no existe un criterio común para su realización, que es variable en diferentes países, incluso dentro de un mismo país. Este intervencionismo no está justificado con mejores resultados, ya que muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto (los países nórdicos). España se

sitúa como el octavo país con mayores tasas de episiotomía, de los 29 países que recoge el informe.⁹

Distintas organizaciones aconsejan que se realice cuando el periné es el responsable de la falta de progreso del periodo expulsivo del parto, en caso de distrés materno o fetal, en partos instrumentados, o en función del criterio del profesional que atiende al parto. Hay situaciones muy concretas, como el sufrimiento fetal agudo o la sospecha de distocia de hombros, en las que su uso es recomendado.^{7, 10}

El Ministerio de Sanidad recomienda no superar una tasa de episiotomías por encima del 15%. Sin embargo, según un estudio realizado en nuestro entorno, es decir en España, la tasa de episiotomías llega al 36,5% de media. Llegando al 95% en partos instrumentalizados. Se realizan más episiotomías en hospitales privados que en públicos, llegando casi al 72% en el sector privado. Aunque se observan grandes diferencias en las tasas entre comunidades autónomas incluso entre hospitales de la misma comunidad. A pesar de que en los últimos años se está intentando fomentar las políticas de desmedicalización de la atención al parto, aún queda mucho para alcanzar las recomendaciones.^{3,9}

En cuanto a las complicaciones de la episiotomía, podemos encontrar a corto y a largo plazo. Las complicaciones a corto plazo son, el sangrado, la cicatrización prolongada de la herida o cicatrización inadecuada, la infección y el hematoma perineal. Mientras que, a largo plazo, podemos encontrar, una lesión en el músculo del esfínter anal externo, que puede provocar a la mujer incontinencias y formación de fístulas, dolor en las relaciones sexuales y debilidad del suelo pélvico. Por esta razón, antes de realizar una episiotomía, el profesional debe asegurarse de que los beneficios del procedimiento superen los riesgos.^{1, 2, 11}

El propósito de este estudio es explorar la experiencia de cuatro mujeres sobre la episiotomía y valorar su impacto en la calidad de vida en los casos en los que ha dejado secuelas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES

- Explorar la experiencia de la realización de la episiotomía en mujeres con secuelas derivadas de la intervención.
- Identificar su impacto en la calidad de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar la información recibida por parte de las mujeres que han padecido una episiotomía.
- Conocer si disponían de información y conocían sus consecuencias.
- Valorar si la episiotomía afecta en las relaciones sexuales de las mujeres.
- Identificar los sentimientos y emociones que les genera las consecuencias de la episiotomía.
- Describir las consecuencias físicas y psicológicas que les ocasiona la episiotomía.
- Valorar si la episiotomía afecta a su calidad de vida.
- Identificar si hay modificaciones en la percepción de mujeres de diferentes edades.

3. MARCO TEÓRICO

En el primer apartado se resumen la filosofía, teorías y conceptos utilizados para enmarcar este estudio. En primer lugar, abordaremos los Cuidados Centrados en la Persona, porque nos permiten tener una visión más holística de la persona, nos incita a realiza un cuidado más humano y hacerles partícipes de sus propios cuidados. Además, nos ayudan a basar nuestro estudio en una teoría preestablecida, objetiva y con evidencia científica.

En segundo lugar, hablaremos sobre la humanización y medicalización del parto, que nos permiten ver el parto como un proceso más fisiológico y alejarlo de los procesos médicos.

En tercer lugar, explicaremos las diferentes etapas del parto y la instrumentalización que se utiliza durante el mismo que nos permiten conocer en profundidad el proceso del parto.

En cuarto lugar, abordaremos el contenido teórico de la episiotomía, cómo y cuándo se realiza para poder identificar cuando es necesario realizarla o cuando podemos hablar de Violencia Obstétrica. También hablaremos sobre la prevención y tratamiento de la episiotomía para dar a conocer las distintas técnicas que pueden disminuir la incidencia de la misma. De la misma forma, explicaremos los problemas derivados que puede generar la realización de esta técnica, para ayudarnos a entender que es un procedimiento que genera consecuencias y no es inocua. Por último, explicaremos el punto de vista de los profesionales en cuanto a la realización de la episiotomía, que nos permite identificar los diferentes puntos de vista en las distintas categorías profesionales.

3.1 MARCO FILOSÓFICO: CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA

El concepto Cuidados Centrados en la Persona (CPP) ha tenido muchas definiciones a lo largo de los años. Según la literatura, para los autores Olsson y Jakobsson, los cuidados centrados en la persona son un alejamiento del modelo biomédico, es decir, estos cuidados se alejan de la idea de ver a la persona como una enfermedad que requiere un diagnóstico y tratamiento, y se centran en acercarse a la persona para conocerla y conocer su experiencia de salud. Otra definición según los autores Edwardson & Innes, es que los CPP prestan a la persona cuidados de una forma respetuosa, humana y ética. Según el *Institute of Medicine Committee*, los CPP se basan en las relaciones de cuidado, incluyendo componentes emocionales, físicos y la participación de la persona y familia. La persona tiene el control de su cuidado ya que, se le informa y se le ofrece la educación necesaria para ayudarle a tomar sus propias decisiones sobre su salud.¹²

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) también ha hecho referencia a este concepto, y añade que los CPP engloban no solo la salud del individuo, sino también, de su familia, la cultura y de la comunidad. Además, este tipo de cuidados, tienen el potencial de generar beneficios para la salud de la persona y en la atención sanitaria, aumentando así, la satisfacción con la atención sanitaria.¹³

Según la Guía RNAO (*Registered Nurses Association of Ontario*) de los cuidados centrados en la persona y la familia hay unas recomendaciones a tener en cuenta en la práctica diaria:

Se debe establecer una adecuada relación terapéutica entre los profesionales de la salud y las mujeres que entran en el paritorio, para que se pueda establecer la relación de confianza, colaboración y compartir la toma de decisiones sobre los cuidados pertinentes.¹²

Los cuidados se deben organizar en torno a la persona y de forma respetuosa, es decir se debe contar con las mujeres, teniendo en cuenta sus necesidades, sus objetivos, su cultura, sus valores, sus creencias y sus circunstancias de vida. Se debe llegar a un conocimiento integral de la persona y realizar un cuidado holístico. Debemos conocer a la persona, para saber qué es lo que quiere y poder tomar decisiones compartidas.¹²

Para poder realizar unos cuidados centrados en la persona, los profesionales deben mejorar su capacidad para desarrollar relaciones, comunicarse, colaborar, fomentar esta colaboración y compartir la información relacionada con las decisiones sobre los cuidados. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben saber cómo realizar una comunicación efectiva (verbal y no verbal) y terapéutica con las mujeres y promover su participación activa durante el parto.¹²

Es esencial conseguir esta relación para promover la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones y para aliviar tanto las necesidades fisiológicas como psicológicas. Para mejorar la experiencia de cuidado los profesionales deben ser comprensivos y demostrar un entendimiento de las circunstancias de la persona. Debemos tener en cuenta también, los tiempos, la velocidad del habla, el uso de términos técnicos y el tono de voz, acompañado de escucha, expresiones faciales, y lenguaje corporal.¹²

Los CCP se rigen respetando los siguientes principios: dignidad, autonomía, participación en la toma de decisiones, integralidad (la persona es un ser multidimensional), independencia (la persona tiene derecho a mantener su independencia aunque necesite recursos para ello), individualidad (todas las personas son únicas y diferentes), continuidad de la atención.¹²

Por otro lado, cabe destacar la Ley 41/2002, que regula la autonomía de la persona. En el artículo 2 establece los principios básicos¹⁴:

1. *“La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad...”*
2. *“Toda actuación requiere el consentimiento de la persona.”*
3. *“La persona tiene derecho a decidir libremente.”*
4. *“Toda persona tiene derecho a negarse.”*

Esto implica, que todas las actuaciones destinadas al bienestar de la mujer deben partir desde el consenso entre la persona y los profesionales, que es lo que propone el enfoque de Atención Centrada en la Persona, respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias.

Una forma de llevar a la práctica esta filosofía es a través del plan de parto y nacimiento. Se trata de un documento que permite a la mujer expresar sus preferencias, necesidades y expectativas sobre el proceso de parto. Esto permite la participación activa de las mujeres y sus acompañantes. Siempre que la persona lo desee podrá modificar cualquier decisión escrita en dicho documento. Este documento, no pretende planificar el parto, es decir si surgen imprevistos con el previo consentimiento de la madre se harán los cambios oportunos en el proceso de parto. Se recomienda su realización entre las semanas 28 y 32 de gestación para poder resolver las dudas con la matrona. Algunas de las decisiones que están incluidas en este plan son: acompañamiento, necesidades culturales, elección del lugar y posición del parto, tratamiento y manejo del dolor, material de apoyo para el parto, realización de la episiotomía, canalización de vía venosa, piel con piel, lactancia, donación de sangre del cordón, alumbramiento de la placenta, higiene del recién nacido, etc. ¹⁵

3.2 HUMANIZACIÓN VERSUS MEDICALIZACIÓN DEL PARTO

En el siglo XX, se produce en Occidente una revolución biomédica con descubrimientos y el desarrollo de nuevas tecnologías en cuanto a la atención sanitaria. En la atención al parto, esta revolución produce una mejora en las cifras de mortalidad materna e infantil en los países occidentales.¹⁶

Sin embargo, esta medicalización y tecnificación de la asistencia sanitaria, ha llevado a que la atención se centre casi siempre en el útero de la gestante, olvidando a la mujer, además de no

garantizar la humanización de los cuidados. La medicalización del embarazo y del parto, ha llegado a provocar un gran intervencionismo tecnológico, como la realización rutinaria de episiotomías, incluso en embarazos normales y en partos de mujeres sin complicaciones, imponiendo así, un dominio del proceso por parte del personal sanitario, restándole protagonismo a la gestante durante su embarazo, parto y puerperio. ¹⁶

El término *Violencia Obstétrica (VO)*, hace referencia a la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal sanitario, que se expresa con un trato deshumanizador, con abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos. Esto conlleva necesariamente, a la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. Algunas de las prácticas que se pueden considerar como VO serían: La negación de información a las usuarias sobre procedimientos médicos empleados durante el proceso del parto, cesáreas y episiotomías innecesarias, etc. ¹⁶

Algunos autores, como Norma Casal-Moros y María José Alemán señalan que, la VO se manifiesta como una violencia simbólica en sentido bourdiano, ya que se ejerce sin utilizar la fuerza física, sin que el agente dominado sea consciente de su estado de sumisión y sin que se sienta obligado a actuar. La gestante adopta un papel pasivo, sin cuestionar las indicaciones o intervenciones a las que es sometida y sin información sobre ellas. Esta normalización del poder del personal sanitario, y el de asumir por parte de la gestante que la situación tiene que ser así y no de otra manera, es lo que se debe de cambiar. ¹⁶

En 2019, la OMS publicó la nueva guía de recomendaciones de *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo*, en la que se recomienda la atención a la maternidad respetuosa, permitiendo a la mujer la toma de decisiones informadas, así como apoyo continuo durante el trabajo del parto y nacimiento.¹⁷ Además, el Ministerio de Sanidad, ha publicado varios documentos, el más reciente fue en 2014, *La Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio*, con el fin de lograr un cambio en la asistencia al parto y mejorar la calidad del servicio, garantizando prácticas clínicas basadas en la evidencia científica y a su vez, respetando los deseos de la mujer y su autonomía. ¹⁸

Un estudio realizado en 2018 a 12 mujeres que habían sufrido VO entre los años 2012 y 2018 expresó que, mayoritariamente los profesionales que las asistieron durante el parto no se presentaron, no les informaban ni les pedían consentimiento en los casos en que hacía falta alguna técnica o intervención, tampoco les informaban sobre su estado de salud y tomaban

decisiones médicas sin tener en cuenta la opinión de la mujer. Algunas entrevistadas, expresaron que sufrieron prácticas injustificables como, no permitirle la elección de la posición durante el expulsivo, episiotomías innecesarias etc., incluso estas prácticas se realizaron a pesar de que ellas habían expresado que no lo deseaban, bien por escrito mediante el plan de parto o verbalmente. Este hecho, generó un sentimiento de desconfianza por parte de las gestantes hacia el profesional. En definitiva, el componente racional fue para ellas la parte más importantes de la atención, la necesidad de sentirse acompañadas, respetadas, valoradas y atendidas en sus deseos e inquietudes antes una experiencia tan desconocida y trascendente, como es la del proceso de parto. ¹⁹

Se puede decir, que a pesar de que existen recomendaciones de organismo estatales, las experiencias de algunas mujeres ponen de manifiesto que son sometidas a técnicas como la episiotomía, sin ser informadas previamente y desconociendo sus indicaciones, desventajas y complicaciones.

3.3 PARTO

El parto consta de las siguientes etapas¹⁰:

1. Periodo de dilatación: La duración de esta etapa está entre 12 horas (múltiparas) y 18 horas (nulíparas). Es el periodo más largo (90% del tiempo total de parto). ¹⁰
 - a. Fase latente: La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta los 2 cm o los 4 cm.¹⁰
 - b. Fase activa: se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación (desde los 4 a los 10 cm de dilatación). ¹⁰
2. Periodo expulsivo: se inicia cuando el cuello uterino alcanza su dilatación completa y termina con la salida del feto. Dura alrededor de 30 minutos en múltiparas y 60 en nulíparas.¹⁰
3. Periodo de alumbramiento: desprendimiento y expulsión de la placenta y las membranas fetales. Dura entre 15 y 30 min si es espontáneo. Formación del globo de seguridad. Sangre oscura vaginal, descenso cordón umbilical. ¹⁰

3.3.1 Instrumentalización del parto

El deseo que los partos tengan un buen final puede haber contribuido a la institucionalización y a la medicalización de los mismos. Es por esto, por lo que se han realizado intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia.²⁰

Ese deseo, ha disminuido la atención en otros aspectos como la importancia que el proceso del parto tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y adaptación a la maternidad, en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, etc. A veces se olvidan las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, etc.).²⁰

Alrededor del 20% de los partos vaginales son instrumentados. Los instrumentos utilizados son los siguientes: fórceps, espátulas o ventosas aplicadas sobre la cabeza fetal, de esta manera permite la tracción de la misma. Deben utilizarse obligatoriamente, en caso de patología materna grave (patología cardíaca severa, crisis hipertensivas, miastenia gravis, retinopatía proliferativa, malformaciones vasculares cerebrales, etc.), en caso de sospecha de bienestar fetal, o progresión inadecuada del parto (en nulíparas si la segunda fase es superior a 3 horas o 2 horas sin anestesia, en múltiparas si es superior a 2 horas o 1 hora sin anestesia.).²⁰

Está contraindicado su uso en los siguientes casos: presentación de frente o de cara, cabeza en III plano de Hodge, ausencia de dilatación completa, desproporción pélvica fetal, diátesis hemorrágicas fetales, alteración de la mineralización ósea.²⁰

Clasificación del parto instrumentado ²⁰:

1. Instrumentación de salida: (IV plano de Hodge)
2. Instrumentación baja: (III-IV plano de Hodge)
3. Instrumentación media: (III plano de Hodge)
4. Instrumentación alta: (<III plano de Hodge)

3.4 EPISIOTOMÍA. ¿DE QUÉ HABLAMOS?

La episiotomía, es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en una incisión controlada en el perineo para agrandar el orificio vaginal y así, facilitar el parto, disminuir su duración y prevenir posibles desgarros severos. Este procedimiento, lo lleva a cabo un profesional experto con material cortante estéril, como tijeras o bisturí, y debe repararse mediante una sutura, denominada *episiorrafia*. Fundamentalmente, las indicaciones de que se le asignan a este procedimiento son: de manera profiláctica; para evitar un desgarro perineal severo y/o franquear un perineo rígido. Y su otra indicación es, para abreviar el trabajo del parto por complicaciones como asfixia del feto o para facilitar el expulsivo cuando este no progresa. En gran parte, la necesidad de realizar esta técnica depende del profesional que va a atender el parto.^{1, 4, 5, 7}

Según la bibliografía, hay dos tipos de episiotomías, la episiotomía de mediana o media (EM) y la episiotomía medio-lateral (EML). La EM, consiste en una incisión vertical que se hace desde la parte inferior de la abertura vaginal hacia el recto. Este tipo, tiene más riesgo de desgarros y que se extienda hasta el área rectal, llamada laceración de tercer o cuarto grado. La EML, consiste en una incisión en un ángulo de 45 a 60 grados desde la parte inferior de la abertura de la vagina hacia un lado (izquierda o la derecha), este tipo es la técnica de elección ya que, como hemos nombrado, las incisiones en la línea media se asocian a un mayor riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal. Es preferible, además, una técnica de sutura continua a la de puntos sueltos, mientras que la técnica medial-lateral no suele desgarrarse ni extenderse. Por lo tanto, en caso de que sea obligado el uso de la episiotomía, son esenciales previamente una anestesia local eficaz y el consentimiento fundamentado de la mujer.^{1, 10, 17}

La realización de la episiotomía compromete varias estructuras de la cavidad pélvica, desde la piel, la mucosa vaginal, el tejido conjuntivo subcutáneo, el musculo bulbocavernoso, transverso superficial y profundo del periné. En ocasiones, también se ve afectado el músculo elevador del ano y los esfínteres de musculatura esquelética.²¹

3.4.1 Prevención de la episiotomía

Actualmente, la OMS no recomienda el uso rutinario de esta técnica en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo. Para reducir el traumatismo perineal, la OMS recomienda otro tipo de intervenciones, tales como masajes perineales, compresas tibias o conductas de protección activa de perineo controlando la deflexión de la cabeza fetal. La investigación actual afirma que el masaje perineal aumenta la probabilidad de que se mantenga indemne el perineo, reduce el

riesgo de desgarros perineales graves y disminuye el dolor postparto. Se debe masajear el periné con aceite o lubricante durante 5-10 minutos, al menos unas cuatro semanas antes del parto y una o dos veces por semana.¹⁷

Las compresas tibias reducen los desgarros de tercer y cuarto grado. Además, estas técnicas preventivas, son aceptadas por la mayoría de las mujeres y tienen la ventaja que son de bajo coste.¹⁷

Otra forma de prevenir las episiotomías, es utilizar posiciones alternativas a la posición de litotomía, de hecho, las posiciones verticales son más recomendadas. Del mismo modo, se recomienda la protección manual del periné durante la extracción fetal y la utilización del vacuum extractor en detrimento del fórceps y las espátulas de Thierry.^{22, 23}

Sobre todo, dejar que el inicio del parto sea espontáneo cuando sea posible, respetar los tiempos de expulsivo en los casos de analgesia epidural y elaborar protocolos sobre las indicaciones de la episiotomía. También diferentes estudios ratifican que la creación de una consulta perineal de enfermería para dar continuidad a los cuidados mejoraría la morbilidad post parto.^{23, 24}

3.4.2 Problemas derivados

Como se sabe, una política selectiva de episiotomías conlleva un aumento significativo de periné intacto o con lesión mínima, sin repercutir negativamente en el porcentaje de desgarros ni en el bienestar neonatal.²⁵ Sin embargo, la episiotomía conlleva algunas consecuencias como las que se muestran a continuación: Dolor perineal residual, dolor con la micción, dolor con la deposición, dolor en el coito, incontinencia urinaria, incontinencia fecal o de gases, prolapso genital postparto, insatisfacción en las relaciones sexuales. Todos estos síntomas producen un impacto negativo en el bienestar de la mujer tanto a nivel físico, como a nivel emocional.²³

Un estudio realizado por *Baydock et al* asegura que la episiotomía es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria. El 32,4 % de las mujeres que han sufrido episiotomía sufrían incontinencia urinaria, frente al 18% sin episiotomía a los cuatro meses tras el parto.²⁶

Se observa también una mayor frecuencia de dispareunia incluso tras dos años de la episiotomía y una lubricación insuficiente durante las relaciones sexuales.²⁷ Por ello, restringir el uso de la episiotomía incrementa el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes.¹⁰

En la bibliografía revisada, la mayoría de los autores coinciden en afirmar que la incontinencia fecal es inferior si el traumatismo perineal es escaso, y que aumenta si hay episiotomía, partos instrumentales o lesión del esfínter de ano, e incluso que el uso de episiotomía rutinaria puede incrementar las lesiones del esfínter anal. A su vez la ruptura obstétrica del esfínter anal es un factor de riesgo importante para los problemas durante las relaciones sexuales y para la incontinencia fecal. Todo está relacionado, pues una lesión del esfínter anal o del músculo elevador del ano supone un aumento de la incontinencia urinaria. Estas mujeres presentan un riesgo siete veces mayor de sufrir prolapso a largo plazo. En el 43% de las mujeres que refirieron tener incontinencia anal a los tres meses posparto, ésta persistió hasta doce años después.^{23, 28}

No obstante, debemos destacar que un 70% de las mujeres que sufren incontinencia fecal o urinaria posparto no lo consultan con ningún profesional con lo que es muy difícil estimar la prevalencia. Las principales razones son: creer que no hay solución, no saber a quién consultar, sentir vergüenza e incomodidad, y percibir que los profesionales de la salud no están interesados en esta cuestión.²³ Es por esto, por lo que es muy difícil estimar el alcance de las consecuencias de las episiotomías.

3.4.3 Reeducción del suelo pélvico

Reeducación es una palabra muy amplia que engloba términos como: información, formación, prevención, educación, rehabilitación y atención continuada, entre otras. Con lo que es un campo en el que la enfermera junto con el fisioterapeuta son los profesionales indicados para esta problemática. Lo ideal es realizar un trabajo multidisciplinar en el que esté incluida la matrona especialista en suelo pélvico para manejar las lesiones perineales y su sintomatología, así como para realizar el control y el cuidado de la cicatrización de la episiotomía.²⁹

Se habla de reeducación pues es un proceso de reaprendizaje. La mujer ha de aprender educación postural, a respirar de forma adecuada, hábitos de eliminación (no realizar Valsalva, no retener la orina, flexión de cadera mayor de 90 grado durante la defecación), no realizar ejercicio físico de impacto, aprender a llevar pesos o realizar abdominales, alimentación (el estreñimiento o la obesidad favorecen la debilidad del suelo pélvico), etc. Es decir, se trata de realizar un cambio de hábitos.²⁹

Una vez que la herida haya cicatrizado y haya pasado la cuarentena, se debe realizar un tratamiento manual directo sobre la cicatriz de la episiotomía, tanto en consulta como indicando

a la paciente el modo de realizar la técnica en casa. Se recomienda masajear la cicatriz con aceite de rosa de mosqueta o aceite de argán, recorrer la cicatriz con el dedo índice y corazón haciendo círculos, presión y/o cizalla. Posteriormente, se debe realizar masaje perineal, con el objetivo de dar flexibilidad a la zona. La recomendación es realizar estas técnicas diariamente durante al menos cinco minutos.²⁹

Es recomendable también, tratar los puntos dolorosos de la zona perineal, muy frecuentes a consecuencia de la episiotomía, sobre todo en el lado opuesto a esta por compensación de la musculatura contralateral frente a la musculatura debilitada por la incisión.²⁹

Diferentes revisiones sistemáticas, aseguran que la realización de ejercicios de rehabilitación perineal contribuye en la mejora del suelo pélvico y por tanto de la episiotomía, como los ejercicios de Kegel, el biofeedback, la electroestimulación y las técnicas de modificación de conducta, que constituyen un pilar fundamental en las disfunciones del suelo pélvico.^{30, 31}

Las mujeres que realizaban rehabilitación tienen 8 veces más posibilidades de curación que las que no realizaban ningún tipo de actividad. Además, mejoran los síntomas (menos pérdidas, en cantidad y frecuencia), mejora de la calidad de vida y mejores resultados en las relaciones sexuales.³¹

Los ejercicios de Kegel se deben realizar dos veces cada 24 horas. El suelo pélvico, es un músculo que se fatiga con facilidad, con lo que debemos dar tiempo de descanso entre las contracciones. Debe estar revisado por un profesional que la contracción del suelo pélvico sea la correcta y no haga contracciones compensatorias de otros músculos. Se debe empezar por contracciones de 3 segundos y progresivamente ir aumentando el tiempo de contracción. Las mujeres que recibían supervisión regular (por ejemplo, semanalmente) eran más propensas a mejorar que las mujeres que hacían el entrenamiento muscular sin supervisión.^{30, 32}

Una revisión de Cochrane realizada en el año 2012 asegura que las mujeres que realizan entrenamiento de los músculos pélvicos, tanto preparto como postparto, tienen menos posibilidades de padecer incontinencia.³³

Muy importante tonificar la cincha abdominal (fortaleciendo el transverso, con ejercicios abdominales profundos). Además, todos los estudios analizados muestran claros beneficios de la práctica regular de las técnicas hipopresivas durante el postparto ya que durante su realización se ejercita la musculatura abdomino perineal. Algunos de sus beneficios son: Incremento del tono

de base y del tono de carga de la musculatura del suelo pélvico, disminución o incluso desaparición completa de los síntomas de incontinencia urinaria. ³⁴

Otra técnica es la electroestimulación y la mayor parte de los ensayos clínicos concluyen que es eficaz en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Es efectiva tanto para el fortalecimiento del suelo pélvico como para la disminución del dolor a través de corrientes analgésicas. ³⁵

El biofeedback hace posible monitorizar la correcta ejecución de los ejercicios de Kegel mediante un ordenador conectado a unos electrodos que se colocan en la zona perineal. ^{30, 36}

Son importante también, las técnicas de modificación de la conducta, como por ejemplo técnicas de relajación, con un diario miccional, alarmas de cama húmeda, etc. Las técnicas de relajación son relevantes, pues relajan el diafragma y este es parte del core al igual que el suelo pélvico. Las tensiones diarias, el estrés, la ansiedad, etc. hacen que el diafragma entre en tensión y genere una hiperpresión abdominal, lo que conlleva a disfunción del suelo pélvico. ³⁰

3.4.4 Punto de vista de los profesionales

Existen variaciones en cuanto a la realización de dicha técnica con respecto al profesional que la realiza. La práctica de la incisión perineal no es realizada por los obstetras y matronas de la misma forma. ¹⁰

Se han descrito mayores beneficios en el modelo de atención por matronas que otros modelos médicos o de atención compartida, como son tasas menores de analgesia intraparto y de aceleración del trabajo de parto, una mayor movilidad durante el parto, mayores tasas de parto vaginal espontáneo y menores tasas de cesárea, episiotomía, lesión perineal grave e ingreso en la unidad neonatal y mayor tasa de inicio de la lactancia materna. La tasa de cesáreas y la muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención, además la satisfacción parece mayor. Esto se debe probablemente a que las enfermeras tienen más en cuenta la humanización del parto. ¹⁰

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se llevó a cabo fue un estudio piloto de carácter fenomenológico descriptivo sobre la experiencia de las mujeres vivida frente a la episiotomía, tanto en el intraparto como en el postparto. Mediante la realización de entrevistas semiestructuradas para favorecer la expresión de los sentimientos y percepciones de las mujeres sobre los efectos que ha tenido la episiotomía en su vida. La subjetividad, descripción y orientación del proceso vivido por las mujeres son los rasgos más destacables de este estudio.

Los criterios que definen el método utilizado en este estudio coinciden con los de Taylor y Bogdan. Algunos de los cuales son: aportar datos descriptivos, tratar de comprender a las personas, experimentar la realidad según la perciban, valorar a los sujetos desde una perspectiva holística y humanística.³⁷

4.2. FASE PREPARATORIA

Tras una primera etapa de inquietud investigadora, se realizó una búsqueda electrónica en octubre de 2019 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Cochrane y en la web de la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). Esta revisión nos ha permitido obtener un conocimiento más amplio sobre el objeto de estudio, orientar mejor las preguntas de las entrevistas y realizar la discusión de nuestros resultados.

4.3 RECOGIDA DE DATOS

El método de recogida de datos que se ha utilizado es la entrevista semiestructurada, ya que permite a las participantes relatar su experiencia vivida y a los investigadores aclarar los datos obtenidos. Las entrevistas, han sido grabadas en formato audio con previo consentimiento del sujeto, para posteriormente ser transcritas y valoradas tal y como se ha especificado en el consentimiento informado (Anexo 2).

En todo momento, se ha realizado las entrevistas de la manera más cercana posible y se ha tenido en cuenta que las mujeres entrevistadas se sintieran cómodas y confortables. Una de las entrevistas, ha sido realizada presencialmente, en un espacio habilitado por la Universidad Rovira y Virgili en el Campus Catalunya, proporcionando en todo momento un ambiente acogedor.

Mientras que, las otras tres entrevistas, han sido realizadas mediante videollamadas ya que, dos de ellas no había posibilidad de hacerlas presencialmente por residir en diferente comunidad autónoma, y otra de ellas, ha sido realizada de igual forma debido a la situación vivida por el COVID-19. Se dio total libertad a las mujeres entrevistadas para estar o no, acompañadas de sus hijos. Previamente a la entrevista, se realizó la recogida de datos sociodemográficos (nombre, edad, número de hijos y profesión). La pregunta de inicio que se planteó fue: ¿cómo crees que ha repercutido en tu vida la episiotomía? Se ha procurado seguir el hilo de la entrevista para profundizar en la experiencia vivida y en ocasiones se ha recurrido a preguntas previamente preestablecidas para reorientar la entrevista al tema de estudio.

En todo momento se trató de evitar prejuicios que pudieran incomodar y cambiar el transcurso de la entrevista. Del mismo modo, se tuvo en cuenta la sensibilidad del tema tratado intentando que se sintiesen lo más cómodas posibles.

La duración de las entrevistas fue alrededor de media hora hasta un máximo de una hora.

4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Método: La selección de participantes se realizó mediante bola de nieve. Se recurrieron a dos asociaciones para la búsqueda de participantes: *Porta'm a prop* y *Do de Pit* situadas en la ciudad de Tarragona. Se realizaron unos trípticos informativos con la finalidad de dar a conocer nuestro estudio que fueron repartidos por las distintas asociaciones mencionadas anteriormente.(Anexo3)

La muestra finalmente está constituida por 4 mujeres de edades comprendidas entre 18 a 50 años con hijos cuyas edades oscilan entre los 4 meses y los 30 años.

	EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PARTO
PARTICIPANTE 1	34	4 meses
PARTICIPANTE 2	42	1 año
PARTICIPANTE 3	36	1 año y 4 meses
PARTICIPANTE 4	50	29 años (1er hijo) 20 años (2nd hijo)

4.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan tenido un parto con episiotomía y que esta les haya generado problemas a nivel físico, emocional, social y/o económico.
- Las mujeres deben tener entre 18 y 60 años.
- Los problemas deben surgir tras la realización de la episiotomía.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que presenten los problemas previamente al parto o por otras causas tales como la menopausia.

4.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para asegurar el rigor en el análisis de datos se han tenido en cuenta los criterios de la metodología cualitativa. El primero de ellos es la fiabilidad o consistencia, que es la capacidad que tiene el estudio para ser reproducido mediante el mismo método de obtención de resultados. Es decir, la fiabilidad está asegurada si los resultados se asemejan. El segundo criterio es la credibilidad o valor de la verdad que es una condición para evitar posibles suposiciones de la realidad estudiada. El tercer y último criterio es la transferibilidad o aplicabilidad, capacidad de transmitir los resultados de la investigación para poder llegar a realizar comparativas y observar puntos en común de diferentes investigaciones, pero con misma temática.³⁸

En el análisis se ha tenido en cuenta la perspectiva centrada en los cuidados de la persona: Dignidad, respeto y toma de decisiones compartida.

Se ha seguido el siguiente proceso de análisis atendiendo los criterios citados previamente:

1. Las entrevistas se han transcrito literalmente.
2. Las dos investigadoras realizamos la lectura, relectura e identificación de los datos significativos de forma individual.
3. Se ha llevado a cabo una confrontación y puesta en común de los datos identificados y su interpretación.
4. Se realizó la categorización y agrupación en 6 temas más amplios desde los que se presentan los resultados.

En el siguiente cuadro se muestran las categorías encontradas y agrupadas en temas.

CATEGORIAS	DEFINICIÓN
<p><u>PROCESO DEL PARTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO • INTERVENCIONES DURANTE EL PARTO <ul style="list-style-type: none"> ○ Rotura de bolsa ○ Oxitocina ○ Epidural ○ Episiotomía ○ Fórceps 	<p>Información que nos aporta la mujer sobre su parto: el tipo de parto, la instrumentalización utilizada, las intervenciones que se le realizaron y el progreso del parto (dilatación).</p>
<p><u>CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • FISICAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Prolapso ○ Incontinencia urinaria ○ Incontinencia de gases ○ Dispareunia ○ Dolor • EMOCIONALES <ul style="list-style-type: none"> ○ Autoestima ○ Miedos ○ Ansiedad • CALIDAD DE VIDA 	<p>Consecuencias que la mujer ha sufrido tras la realización de la episiotomía, tanto físicas como psíquicas y como ella considera que ha afectado a su calidad de vida.</p>
<p><u>REHABILITACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EJERCICIOS: Kegel, Hipopresivos • INFORMACIÓN SOBRE REHABILITACIÓN 	<p>Información que le dan los profesionales después del parto tras la realización de la episiotomía, la información que la mujer tiene y sabe sobre rehabilitación y de la rehabilitación que ha realizado o está realizando.</p>
<p><u>INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PREVENCIÓN EPISIOTOMÍA <ul style="list-style-type: none"> ○ Masaje perineal • CUIDADOS EPISIOTOMÍA 	<p>Información que la mujer tiene sobre todo lo que engloba la episiotomía, ya sea previa, durante o posterior al parto.</p>

<p><u>TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS DURANTE EL PARTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PLAN DE PARTO • EXPECTATIVAS DEL PARTO • INFORMACIÓN Y DESINFORMACIÓN DURANTE EL PARTO 	<p>Información que la mujer nos proporciona sobre la atención que ha recibido durante el parto. Si los profesionales han respetado su plan de parto y sus decisiones y si le han tenido en cuenta e informado a la hora de realizar cualquier intervención o por el contrario ha estado desinformada en el proceso.</p>
<p><u>VIVENCIAS Y PERCEPCIONES</u></p>	<p>Engloba las emociones, sentimientos y la forma en que la mujer ha vivido la situación durante el parto, posteriormente y hasta la actualidad.</p>

4.6 CRITERIOS ÉTICOS

En cuanto a los criterios éticos del estudio, se dejó total libertad de participación en el estudio, se informó del propósito del trabajo y se mantuvo el anonimato y la transparencia en todo momento.

Previamente a las entrevistas, se entregó a todas las participantes un consentimiento informado (Anexo 1), el cual debe ser firmado y en el que se explicó, la finalidad del estudio, cómo se llevará a cabo, y la protección de los datos personales y los datos que se faciliten en la entrevista.

Se garantiza en todo momento el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados desde los temas y categorías identificados.

5.1 PROCESO DEL PARTO

En cuanto al proceso de parto de las mujeres entrevistadas, todas ellas coinciden en que en su parto hubo algún tipo de **complicación y/o sufrimiento del bebé**.

Entrevista 1 (E1): *“el parto me...fue muy largo, estuve muchas horas, el bebé sufrió un poquito de estrés”*

“yo empecé a las cuatro de la tarde y N salió a la una y veinte de la mañana, entonces hacia la última hora es cuando todo empezó a ir como más rápido, porque ya se dieron cuenta que N se había hecho caca dentro, ¿no? Empezó a salir las aguas teñidas y estaban viendo que había algo que no lo dejaba salir”

E2: *“tuve fiebre o me subió la temperatura, y al niño le subían o le bajaban las pulsaciones no lo sé exactamente.”*

E3: *“Eh...el niño venía eh...estaba entrando del revés en el canal del parto entonces le giró él y a partir de ahí primero me iban a dejar tranquila a ver si bajaba un poco pero como veían que había bradicardias y estuve con la matrona intentando empujar para ver si bajaba, pero hubo varias bradicardias”*

E4: *“El embarazo del segundo fue de alto riesgo” (2nd hijo)*

“vieron que mi hígado estaba chafado por la placenta, entonces claro, si yo me hubiera puesto de parto, pues claro yo me hubiera desangrado, aquí me pone “patología obstétrica sospecha de un HELLP” (2nd hijo)

“con el J también tuve problemas porque yo dilaté sin problema ninguno, pero a la hora de salir, el J tampoco salía, se subía para arriba.” (1er hijo)

Todas las entrevistadas coincidieron en que su parto fue inducido, aunque no todas coincidieron en la forma en la que le indujeron el parto, las participantes 1 y 2 comentaron que la inducción fue mediante la administración de la **hormona oxitocina**.

E1: *“mi parto fue provocado ósea, al final me lo...estaba en la 42 semana y este no salía y al final pues el ginecólogo me dijo “es que puede ser que te pongas de parto mañana pero...al final dijimos pues venga me lo provocáis”*

“cuando yo ingresé, pasé la noche y al día siguiente me empezaron a inducir el parto”

” como tenía mucha oxitocina, o sigui como iba con la oxitocina a saco ehh...”

E2: *“me miraron y ahí iba dilatada creo que de 1 o 2 cm, no recuerdo bien, 2 cm y ya directamente... bueno estuve ahí un rato comí y tal y sobre las sobre la 1 o así me pusieron el gotero. Bueno me pusieron no, cuando llegué a las 8:30 ya cuando me examinaron y eso me pusieron la oxitocina.”*

Las participantes 2, 3 y 4 comentaron que la inducción fue mediante la **rotura de bolsas**

E2: *“pues...me rompieron la bolsa eso seria sobre la 1”*

E3: *“primero vino el ginecólogo, me rompió la bolsa, le midió la saturación de oxígeno, eeh...esto yo no lo sabía, me enteré después me debió de dilatar manualmente...eeh.. porque yo claro antes de la epidural estaba en 4 cm y esto que te cuento debió pasar como media hora o así...”*

E4: *“me tuvieron que romper la bolsa de aguas porque yo ya no me ponía de parto” (2nd hijo)*

Además, la participante 3 comentó que también para la inducción de su parto le administraron **Propess, hormona dinoprostona**

E3: *“fue inducción y empecé con contracciones muy fuertes desde el primer momento, fue inducción con Propess y eeh... ¿cómo fue? Aunque tenía contracciones muy fuertes, todavía no estaba dilatada para pasar al paritorio, me pasaron de 4 centímetros y ahí ya no podía más...”*

En cuanto, a la utilización de la **anestesia epidural**, las cuatro mujeres entrevistadas coincidieron en que les administraron este tipo de anestesia.

E1: *“Sí, la pedí yo”*

E2: *“Y luego ya cuando ya pasé al paritorio ya estaba en la camilla ya me pusieron la epidural.”*

E3: *“Al final pedí la epidural”*

E4: *“me pusieron la epidural” (2nd hijo)*

También, la entrevista 4 refiere que en sus dos partos le administraron **anestesia general**

E4: *“me pusieron más anestesia, para poder anestesarme la parte de arriba” (2nd hijo)*

“me tuvieron que dormir entera, sedar entera” (1er hijo)

Las cuatro mujeres entrevistadas coincidieron en que en sus partos fueron instrumentalizados, mediante la utilización de **fórceps**

E1: *“tuvieron al final que ayudarme con fórceps, entonces por eso me hicieron la episiotomía, porque en principio, bueno en principio, vete a saber eh, que si no hubiera sido con fórceps a lo mejor me hubieran igualmente hecho ¡eh!”*

E2: *“Y nada... lo que pasa es que estaba... no había bajado del todo y me dijeron vamos a intentar si tu consigues que baje y puedas hacer la expulsión sola o si no te tenemos que ayudar. Al final no pude y usaron fórceps.”*

E3: *“fue instrumental el parto, fue con fórceps”*

E4: *“con fórceps lo sacaron” (1er hijo)*

“intentaron bueno con... yo que sé, me metieron hierros” (2nd hijo)

A todas las mujeres entrevistadas se les realizó la **episiotomía**

E1: *“me hicieron la episiotomía”*

E2: *“Me hicieron episiotomía y creo que me pusieron tres puntos”*

E3: *“y ahí fue cuando me cortaron”*

E4: *“el primero también tuve problemas, ahí fue donde me hicieron la episiotomía, que como yo digo esa fue la costura más gorda que me hicieron” (1er hijo)*

“aquí fue donde me hicieron un buen costurón como yo digo, hacia el lado derecho ¿vale?” (1er hijo)

“con el segundo también me abrieron por el mismo sitio, porque primero intentaron por abajo y como no salía pues fueron por arriba” (2nd hijo)

5.2 CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA

Las participantes ponen de manifiesto una clínica común, tanto a nivel físico, como emocional y en la calidad de vida.

A nivel de **consecuencias físicas**:

Tres de las cuatro participantes refieren **dolor**. Las tres coinciden en que es un dolor muy agudo los 15 primeros días tras la realización de la episiotomía. Posteriormente va disminuyendo quedando siempre una molestia residual.

E1: *“estuve como dos semanas que el tema de cicatrizar a mí me dolió muchísimo”*

“eso sí que duele mucho, a mí me dolió mucho”

“luego los dolores de parto se me fueron enseguida y se me quedó la cicatrización y me duró 15 días, dos semanas, que entre esas dos semanas fui dos veces a urgencias por el dolor”

“no me dejaba sentarme, es que a veces tiraba tanto que lloraba, lloraba de dolor”

“me pasé esos 15 días llorando”.

E3: *“tengo dolores incluso al caminar”*

“un dolor horrible”

“tomaba analgésicos y no se me pasaba”

“me dolía bastante al caminar, con la ropa interior y así y ha mejorado bastante, pero es verdad que por temporadas, por ejemplo ahora mismo, últimamente tengo molestias. No son horribles, pero me duele, a veces me duele estando incluso quieta o al caminar y me molesta la ropa interior y eso...”

E4: *“hasta los 15 días de nacer Jordi no pude salir a la calle, por el dolor que tenía de la episiotomía”*

“¡Qué dolor!”

“es que me moría, me dolía mucho “

Tres participantes muestran **incontinencia urinaria**, afirman que continúan con el mismo síntoma años después, además, una de ellas refiere que su estado empeoró con el tiempo.

E2: *“hay momentos en los que me hago mucho mucho mucho pipi y es como voy ya o sí que puede ser que se me salga”*

“con el tiempo se me ha ido agravando y entonces ya este año yo estaba súper incomoda con ese problema y me operaron y ahora tengo un poco de perdida.”

“tenía más pérdidas de orina “

“mi estado empeoró”.

E3: *“tuve bastante... pues hasta que pasaron 60 días, al principio es que era levantarme y...(risas) y luego hasta los 60 días o así de postparto tuve eeh...bastante de...pues que si oía un grifo abierto o así pues tenía incontinencia y aún me pasa al toser o si tengo la vejiga bastante llena me puede pasar, antes de entrar al baño o así cuando sé que voy a ir”*

E4: *“a mí se me escapa el pipi que no veas”, “como no vaya deprisa se me escapa el pipi pero vamos literalmente”*

“que tengo pipi, me aguanto un poco, pues como no vaya pum, ya me he meado “

“A veces llegaba del trabajo corre, corre que me meo y ¡PAM! la gota”.

Tres de las cuatro participantes refieren **dispareunia** (a excepción de la entrevistada nº 1)

E2: *“no estoy bien, o sea sí que las veces que lo intentamos me dolía y lo rehuyo, la verdad eh. Me molesta menos que antes y... pero tengo miedo y encima después de la operación pues otra vez está todo más sensible, entonces es un poco complicado, es un tema bastante agobiante, no sé cómo funcionar”.*

E3: *“tengo dolores incluso al caminar y luego en las relaciones sexuales también, así que ha repercutido bastante”*

“y luego eso eh... en las relaciones no he conseguido que me deje de doler.”

“No ha desaparecido, pero depende de temporadas sí que me duele más o menos. Según la fisio tiene que ver con épocas de estrés y tal porque debo tener también a veces contracturas en la musculatura vaginal y que si estoy más nerviosa al final...al final dice que por el estrés y tal me acabo contracturándome más y...y me tira más de la cicatriz, porque en si la cicatriz eh... si me toco no me duele eh, pero...pero me tira, lo músculos me tiran de la cicatriz y eso me molesta al caminar”

E4: *“mantener relaciones sexuales pues claro aquello me dolía porque me hicieron un buen costurón, es un punto en mi cuerpo que siempre te diré aquí está”.*

Dos de las cuatro participantes aseguran tener **prolapsos** de los diferentes órganos femeninos, tales como vejiga, útero y recto.

E2: *“el prolapso lo tengo más agudo en la vejiga pero también tengo en el recto y en la matriz pero menos”*

“enseguida tenía que sentarme para que todo se volviera a su situación”.

E4: *“me dijeron que la tengo descolgada, eso que se dice un prolapso “.*

Tres de las cuatro participantes manifiestan **debilidad del suelo pélvico**, una de ellas afirma que al caminar y/o realizar deporte siente presión en la zona genital, las otras dos participantes, comentan sentir la zona genital débil e insensible.

E1: *“si camino mucho o algún día que intento hacer un poco de deporte, luego al día siguiente me noto como...como presión, no sé cómo decirlo, es como un mmm... como si me pesara la parte de abajo”*

E2: *“Lo que yo notaba era como si tuviera, es que no sé cómo explicarlo, como si tuviera los glúteos más separados o sea como si estuviera todo abierto, lo que me pasó es que no se me había cerrado bien la vagina”.*

E4: *“me dijeron que esto estaba bastante flojucho”*

“a veces lo contraigo, pero me hago pis...entonces yo lo de abajo lo tengo flojo”

Además, la participante 2 a nivel de consecuencias físicas también ha referido intervenciones quirúrgicas e incontinencia de gases. Sin embargo, la participante 3 manifiesta haber tenido un hematoma como consecuencia de la episiotomía. También, la participante 4 refiere irritación de la cicatriz e infección de la herida.

E2: *“me han operado, espérate que nunca me sale el nombre, de un prolapso”*

“la vejiga se me salía”

“me operaron en noviembre de 2019, dos años más tarde, pero ya estaba bastante fastidiada desde un año antes”

“Yo también tengo incontinencia de gases, antes yo me tiraba pedetes y yo lo controlaba, pero después es que me salían solos y encima hacían ruido que antes no me pasaba.”

E3: *“me dijeron que tenía un hematoma por la episiotomía “.*

E4: *“si me limpio mucho ya me escuece, ya me lo noto”*

“yo en el día a día se me irrita”

“a mí me queda ahí esto irritado con un escozor”

“tengo este pinchacito aquí abajo irritado, pues es que lo tengo irritado, o cuando sudo, con el calor”

*“Aquí está con los ojos cerrados, lo tengo en este punto porque siempre me molesta.”,
“cuando hago deporte, al sudar se me irrita “*

“a veces cuando tengo relaciones como no vaya a lavarme al tanto se me irrita”

“tuve una infección muy fuerte con 40 de fiebre y estuve muchos días con antibiótico”.

A nivel de **consecuencias emocionales**, también se observa un patrón de clínica común en las entrevistadas. Las cuatro participantes afirman haber pasado épocas de **tristeza y/o ansiedad** en las que su autoestima se ha podido ver afectada, debido al dolor que han padecido y a la alteración de su autonomía.

E1: *“me pasé esos 15 días llorando”*

“que se te viene el mundo a bajo, sobre todo por el dolor”

“yo no me podía mover por los puntos entonces, yo me hundí”

“Pero emocionalmente te vienes a bajo por el dolor. Me pasó muy lento, se me hacían las horas eternas, solo miraba el reloj para ver cuando podía tomar otro calmante”

“y mi pareja también sufría”.

E2: *“es un tema bastante delicado, o sea a nivel personal es muy incómodo o sea de hecho vivo pensando en ello”*

“te afecta, que afecta personalmente, me voy a poner a llorar”

“lo llevaba fatal porque es que no podía salir a la calle a pasear”

“es un tema bastante agobiante”

E3: *“me impedía andar. Y claro psicológicamente fue duro el postparto eh por esto”*

“los primeros meses estuve bastante depre de pensar que a consecuencia de la episiotomía...”

“lo pensaba mucho, decía jolín me han fastidiado parte de mi vida por eso...”

“durante meses no era la misma”.

E4: *“claro en los primeros días del postparto sobretodo de la primera que me hicieron uff, ahí sí. No podía salir un poquito a caminar, porque es que ni caminar”.*

Algunas de las entrevistadas manifiestan tener **miedo** a volver a pasar por la misma situación, incluso no desean tener más hijos debido a la situación vivida. Otras confiesan que a pesar de que le genera miedo, pasarían por lo mismo (entrevista 1). Se observa una clara diferencia entre quien ha tenido consecuencias graves y quién no. Es decir, la participante 1 no ha tenido síntomas graves tras la episiotomía a excepción del dolor agudo los 15 primeros días, es por esto por lo que las consecuencias de la episiotomía han eliminado el deseo de ser madre. Además, la participante 1 ha vivido un proceso de parto muy bueno en el que se han respetado sus expectativas y sus deseos. Ella ha sido tratada con dignidad, sin embargo, el resto de entrevistadas tal y como ellas relatan, han sido partos en los que no se han respetado los deseos de las mujeres, no se les ha dado información, etc. Dependiendo de su vivencia durante al parto, es posible que haya afectado a sus decisiones posteriores, incluida la de tener más hijos o no.

E1: *“tendré otro, mi pareja me decía “¿tienes miedo al dolor?” y digo no y no tengo miedo al dolor porque ahora ya se a lo que me voy a enfrentar, pero sí que me gustaría que no me volviesen a hacer la episiotomía”*

“pero lo curioso es que al final tu mente acaba olvidando el dolor”

“yo tenía mucho miedo a las relaciones sexuales”

E2: *“Tengo miedo a las consecuencias”, “no creo que tenga otro hijo”, “Me quedaré con ganas”*

“yo quería tener otro hijo, entonces cuando fui a valencia, fui al ginecólogo y me dijo que si me operaba no podía tener otro hijo. Nosotros te recomendamos que si quieres tener otro hijo no te operes porque te puede volver a pasar lo mismo. Pero llegó un momento en el que dije mira es que, aunque quiera tener otro que ya no creo que vaya a tener, pero bueno aunque quiera tener otro yo esto es insoportable, o sea ya era muy incómodo y entonces ya me decidí y dije venga me opero”

E3: *“me da mucho miedo que me hagan otra episiotomía, eh...quería un segundo y ahora mismo tengo mucho miedo porque...porque fue muy traumático el parto. Pasé mucho miedo y...y me da pánico la verdad volver a pasar por una situación igual.”*

“pasé miedo de que me pasara algo a mí y a mi bebé”.

En cuanto a la **calidad de vida**, se observa menor o mayor afectación en función de la clínica que padece cada mujer. Es decir, cuando estas consecuencias han ocasionado problemas importantes en la mujer es cuando la calidad de vida es menor. En el caso de la participante 1, ella responde que su calidad de vida es la misma antes que después de la episiotomía ya que no tiene consecuencias físicas graves 4 meses después. Sin embargo, el resto de las participantes afirman que su calidad de vida ha empeorado.

E2: *“sí, mi calidad de vida ha empeorado, ahora después de operarme estoy mejor, pero sigo con molestias a pesar de la operación”.*

E3: *“Mi calidad de vida es peor”*

“los primeros meses estuve bastante depre de pensar que a consecuencia de la episiotomía...Por eso pensaba lo de que...me cortaron cuando no tenían que haber cortado y tal y lo pensaba mucho, decía jolín me han fastidiado parte de mi vida por eso...”.

E4: *“pues sí, mi calidad de vida es peor porque ya te digo yo, las calcetas así monas, no, los salvaslips no los aguanto, es que no, prefiero hacerme pipí en las calcetas de algodón porque tiene que ser de algodón, si son sintéticas no, ¿eh?, y también te digo una cosa, a veces cuando tengo relaciones como no vaya a lavarme al tanto se me irrita “.*

Tras la realización de la episiotomía la **autonomía** de las mujeres se ve muy afectada en cuanto a realizar las actividades de la vida diaria como ducharse y movilizarse.

E1: *“A mí la primera semana yo me fui incluso a casa de mi madre porque yo pensaba que podía ser un poco autónoma y no lo era, para nada”*

“yo necesitaba a mi madre y ella era quien en los primeros días me ayudaba a ducharme quien me iba haciendo lo que necesitaba en ese momento.”

“el hecho de no poderme mover, de no valerme por mí misma, no poderme ni duchar sola”

“no me dejaba sentarme”

“Y cuando este tenía hambre me lo tenían que acercar y bueno... si no me hubieran hecho la episiotomía yo hubiera salido caminando del hospital”.

E2: *“lo llevaba fatal porque es que no podía salir a la calle a pasear”*

E3: *“tuve que estar 10 días tumbada en la cama”, “tengo dolores incluso al caminar”, “me costaba mucho andar”*

E4: *“No podía salir un poquito a caminar, porque es que ni caminar. Mira una amiga mía me acuerdo que venía a ayudarme a ducharme en mi bañera, para levantar la pierna para meterme en la bañera... ¡oh Dios mío! ¡Qué dolor! Es que, no podía...claro al abrirme de piernas uff... ¡Ay qué dolor! Yo estuve hasta los 15 días de Haber nacido Jordi no salía a caminar un poco porque no, no, es que me moría, me dolía mucho”*

“me tuve que ir a casa de mis suegros”

5.3 REHABILITACIÓN

A nivel de rehabilitación, se observa como tres de las cuatro participantes tenían información sobre la posibilidad de rehabilitación de la episiotomía. Una de las 4 participantes no tenía ningún tipo de información. Con lo que podemos observar que hoy en día la rehabilitación a nivel de suelo pélvico es aún poco conocida a pesar de que su evidencia está demostrada. Todas ellas, a excepción de la entrevista 4 que no ha realizado rehabilitación, consideran que el resultado de la rehabilitación ha sido **satisfactorio** y ha resultado eficaz. En cuanto a las técnicas de rehabilitación que utilizan son: todas las participantes conocen y realizan los ejercicios de Kegel, sin embargo la cuarta participante afirma no realizarlo con frecuencia. Además, dos de ellas, realizan hipopresivos, ejercicios de control postural y electroestimulación del suelo pélvico.

E1: *“cuando pasé la cuarentena, empecé a hacer recuperación del suelo pélvico, y he seguido con los Kegel, iba a un fisio y me ponían como corrientes y tal en el suelo pélvico y he estado haciendo, me estuvo enseñando diferentes ejercicios”*

“el ginecólogo en la revisión de la cuarentena también me lo recomendó, yo le pregunté oye tengo que hacer algo para...y me dijo normalmente recomendamos que hagáis un poco de recuperación del suelo pélvico por eso, porque después no haya eh...pues eso...pérdidas de orina o lo que sea y reforzar.”

“noto molestia, pero es interna, lo estoy hablando con el ginecólogo y la fisio también y estamos trabajando esa zona con los ejercicios”.

La participante 1 tiene información sobre la recuperación del suelo pélvico que le han proporcionado los diferentes profesionales, además la participante 2 afirma que la matrona le recomendó continuar con los ejercicios y refiere mejoría con ellos. Otra de las participantes comenta que debe acudir al fisioterapeuta con frecuencia para controlar el dolor y la dispareunia.

E1: *“Con el deporte que fuera con calma, que hiciera deporte light y que no empezara a hacer uno de impacto porque eso repercute mucho allí abajo”.*

E2: *“fui a rehabilitación, me lo recomendó la matrona que hiciera eh Kegel que continuase haciendo y luego eh e hipopresivos. Y nada la verdad que me fue muy bien”*

“Desde que empecé a hacer mis ejercicios enseguida se me pasó”

“las pérdidas sí que es verdad que no tengo lo mismo que antes”

“A partir de la cuarentena empecé con los ejercicios, si no, si fue al poco tiempo que además la matrona me dijo hazlo ya porque es que esto te va a ir a peor”

“ahora estoy esperando a ver si me llaman de rehabilitación.”

E3: *“hay temporadas que tengo que ir al fisio para que me trate porque tengo dolores incluso al caminar y luego en las relaciones sexuales también”*

“la cicatriz eh...me la ha estado tratando la fisioterapeuta bastantes meses y he estado haciendo ejercicios”

“estaba haciendo sobre todo el tronco...no sé si conoces, el tronco este de equilibrio, eh...ejercicios sobre el tronco casi todo es lo que he hecho. Luego por mi cuenta he hecho hipopresivos”

Por el contrario, en la participante 4 se observa falta de información sobre las posibilidades de rehabilitación, además se puede apreciar un déficit de educación sanitaria que trate la concienciación y motivación para realizar los ejercicios.

E4: *“no lo sabía, nadie me había dicho nada de ir al fisio y que el fisio podía ayudarme en esto. Pero mira esto está muy bien saberlo. Ya podría haberlo sabido antes.”*

“alguna vez he hecho esos ejercicios de contraer, pero tampoco lo hago, la verdad que no lo hago muy...”

“sí que hago ejercicio de Kegel que me recomendó el ginecólogo, porque claro a ver también te digo que con los años, pues cuando iba a las revisiones me decían haz esto, haz los ejercicios, también te puedo decir que no soy muy constante que quieres que te diga”.

5.4 INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA

En cuanto a la información que la mujer tiene sobre la episiotomía, los resultados son claros: A las 4 mujeres les habían explicado que es la episiotomía, para que se realiza y sus beneficios pero ninguna de ellas conocía las consecuencias que podía ocasionar. A la pregunta, ¿Recibiste información de la episiotomía antes del parto? ¿qué sabes de la episiotomía? Las entrevistadas contestaron:

E1: *“Hubo una sesión que nos habló”, “si sabía lo que era la episiotomía porque me lo había explicado la comadrona”*

“mejor un desgarre que una episiotomía, ¿no? Que si se tenía que hacer, se tenía que hacer y ya está, pero como que...ella hablaba mucho de intentar siempre sacarlo de manera natural, y se desgarra por donde se tiene que desgarrar. Entonces luego la recuperación es como mucho más sencilla y mucho más rápida, que no que te hagan el corte que entonces era como más...la recuperación era más difícil. En ningún momento dijo dolor eh, porque no nos habló de dolor.”

“la cura me dijeron que con un jabón neutro, porque como en la cuarentena vas sangrando pues es importante con los puntos y tal, pues la higiene y que me secura muy bien, es lo único que me decían”

E2: *“Si, durante el embarazo, en los cursos de preparación al parto y eso sí que te explican”*

“Yo sí que sabía que es mejor bueno no se si es verdad, que el desgarro natural que el corte“

“yo desconocía todo lo que viene siendo el suelo pélvico y todo eso que yo creo que nos pasa a muchas. Que yo no sabía al principio que mis problemas tenían un por qué ¿sabes? No sabía que mis problemas tenían solución.”

“hay mucha falta de información”

E3: *“no, o sea por mi cuenta sí, yo me informé bastante y luego hice preparación al parto en un centro privado. Y ahí me hablaron de ello, aunque tampoco muchísimo, pero bueno algo nos comentaron. Pero en el hospital o en la salud pública no me dijeron nada. Ni previo ni post. Bueno después de como curar los puntos y eso sí.”*

“Me comentaron que no se hacía, que se hacía en pocas ocasiones... pero eso en la preparación al parto de forma privada, que se hacía en pocas ocasiones, solo cuando era instrumental o cuando era necesario, es lo que nos habían comentado. Si era necesario se hacía. Pero bueno sí que nos comentaron esto de que eh...porque eh... para que eh no te desgarraras y eso que no, que no debía de hacerse por eso.”

“tenían que haber advertido que...que la episiotomía puede dolor mucho”

“yo sí que iba bastante informada, aunque luego me pillaron de sopetón y me hicieron de todo”.

E4: *“siempre se decía, si hace falta te darán un cortecito para que salga mejor la cabeza del niño, pero nada más, a mí en ningún momento me dijeron nada, y me acuerdo que fui un par de meses a la gimnasia que lo hacían particular y me acuerdo que nos hicieron una clase del parto, como había que respirar, pero darme una clase de mira si te pasa esto tal no.”*

“O sea que no...a mí nadie me explicó. Yo tenía libros sobre todo para el momento del parto”

Tres de las cuatro entrevistadas tenían **información sobre cómo prevenir la episiotomía**. La entrevistada 4 no conocía la existencia de dicha posibilidad.

E1: *“había estado leyendo y algo que me había contado la comadrona en las clases... yo lo que me había preparado mucho con el masaje perineal, ese de... ¿no? y eso en las clases también nos hablaron mucho, de... de lo importante que es preparar la zona.”*

E2: *“me hablaron del masaje perineal, fue la matrona la que me dijo como lo tenía que hacer y estuve haciéndolo”*

E3: *“me hablaron de los masajes perineales. Eh... bueno es que además, hice preparación al parto y después hice preparación física con la fisioterapeuta de suelo pélvico entonces en la preparación al parto me hablaron de los masajes... No, al revés, la fisioterapeuta me habló de los masajes y me los recomendó, en preparación al parto me dijeron que los podía hacer que no era malo, pero que no estaba demostrado que redujera el número de desgarros y de episiotomías. Yo lo hice igualmente, pero eso me lo dijeron en preparación. Incluso leyendo veía otras cosas, que tampoco estaba demostrado y otros sitios que sí. Yo me informé por internet y bueno como sabía que contraindicaciones no tenía ninguna pues dije si va bien, bien”*

E4: *“No, para nada. Para nada. Ni lo sabía que existía esto”.*

Tan solo una de las participantes, la primera, recibió **información durante el parto** en el momento de la realización de la episiotomía. Las otras 3 entrevistadas no fueron informadas de la episiotomía hasta después del parto.

E1: *“a mí me lo dijeron eh, te vamos a tener que hacer la episiotomía para introducir los fórceps”*

E2: *“no me dijeron nada, lo único que me dijeron era que iba a usar fórceps pero que me cortaban no o sea es que yo no sé en qué momento lo supe, fue muy rápido, o sea en realidad no me preguntaron. No sé si había otra opción, que al usar fórceps tienen que hacerlo si o si o no si deberían decírtelo. Es que al final estás ahí y no sabes muchas cosas.”*

E3: *“no, no me dijeron nada, de hecho, todo lo que hicieron... la matrona sí, pero los ginecólogos no me dijeron nada en ningún momento, no me dijeron ni que iban a usar fórceps, ni que iban a cortar”*

E4: *“a mí ya nadie me preguntó nada, no no, me durmieron y amén”*

Ninguna de las participantes recibió **información previa al parto, sobre las posibles consecuencias de la episiotomía**. A la pregunta ¿conocías los pros y contras de la episiotomía? Las entrevistadas responden:

E1: *“No de consecuencias no, nos explicó nada”*

“Lo que... lo que sí que sabía es que era mejor el desgarrar que la episiotomía sí, pero... lo que conllevaba si te la tenían que hacer no.”

E2: *“No, no sabía los pros y contras”*

E3: *“No, de eso nada”*

E4: *“No, qué va yo hace 30 años decía mira se te da un cortecito para que salga mejor la cabeza del niño, punto, pero nada más. O sea que no...a mí nadie me explicó. Yo tenía libros sobre todo para el momento del parto y todo esto, pero concretamente de esto no recuerdo nada, no no, nada.”*

“a mí en ningún momento me dijeron nada, y me acuerdo que fui un par de meses a la gimnasia que lo hacían particular y me acuerdo que nos hicieron una clase del parto, como había que respirar, pero darme una clase de mira si te pasa esto tal no”

5.5 TOMA DE DECISIONES

En cuanto a la toma de decisiones durante el parto, hay bastante similitud en tres de las participantes ya que, aseguran no haber podido tomar decisiones durante su parto. Mientras que otra de ellas, refiere que en su proceso de parto le permitieron tomar decisiones junto a los profesionales.

A lo que se refiere al **Plan de Parto**, dos de las participantes dicen haber firmado su plan de parto, mientras que otra de las participantes afirma no haber firmado el plan de parto ya que, le dijeron que en todo momento la mujer podía decidir sobre su parto. La cuarta participante tampoco lo firmó ya que no existía dicho documento.

E2: *“me dieron es una hoja para rellenar con respecto a cómo quería que fuera, el plan de parto*

E3: *“... a ver yo fui con un plan de parto al hospital, eeh... que aquí no se estila mucho eso y la gente me decía “ si vas con plan de parto te van a mirar mal” y... y pues la matrona que me atendió durante lo que fue el parto se leyó mi plan de parto, me dijo que la parecía todo muy bien y que ella animaba a todas las mujeres a hacerlo, pero por ejemplo la enfermera que me atendió previo, ni lo leyó, ni le interesó y me trató*

bastante....así, y luego el ginecólogo que me atendió al final se enteró después del parto de que yo había escrito un plan de parto. O sea, ni se lo leyó, ni me preguntó en ningún momento lo que quería o no quería, es más, ni se presentó cuando entró. O sea, no me preguntó nada para hacer ninguna intervención ni se presentó al entrar.”

E1: *“No firmé ningún papel ni hice nada de eso que dicen de... ¿cómo se llama? Hay un papel que dicen... se llama el plan de parto ¿no? y yo ni lo llevé porque me habían dicho que la madre puede decidir en todo momento lo que quiera.”*

En cuanto a las **expectativas del parto** que tenían las mujeres entrevistadas, sólo dos de ellas hablan sobre ello. Una de las mujeres menciona que no tenía grandes expectativas sobre su parto, aunque sí que le hubiese gustado tener un parto idílico, a lo que se refiere como un parto natural, sin complicaciones y sin instrumentalización.

E1: *“la verdad no me había hecho unas grandes expectativas de mi parto, sí que siempre tienes una idea ¿no? pues me gustaría que fuera... lo idílico, ¿no?, pues un parto vaginal, sin problemas, sin complicaciones, que todo surja, ¿no?”*

“va que me he preparado, seguro que no me tienen que rajar”, que ya estaba como mentalizada de que como lo estábamos trabajando pues es una cosa que pensé que no me iba a pasar a mí. Son expectativas ideales que te haces”

La participante 2, menciona que se dejó llevar y que no tenía una idea clara de su parto, aunque tenía claro que quería la epidural y que no le hicieran concretamente la maniobra de Kristeller, la cual está contraindicada según afirma la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

E2: *“que yo tampoco es que tuviera una idea, hay personas que a lo mejor tienen muy claro “pues yo no quiero epidural”. Yo en realidad me dejé llevar.”*

“no quería que me hicieran como la maniobra esta que se te ponen encima que es una barbaridad y en ningún momento dejaría que me hicieran algo así... pero realmente tampoco, yo creo que no tenía nada claro, o sea nada claro no, tenía claro que quería epidural y que pasan las cosas de una forma así, no tenía preferencias. De hecho, prefería epidural.”

Por lo que se refiere al **acompañamiento durante el parto** por parte del personal sanitario hacia las mujeres, solo una de las mujeres entrevistadas se ha sentido acompañada en todos los

momentos por la matrona, a la cual conocía de sus clases de preparación al parto. Menciona que la comadrona estaba al lado suyo, le ofreció música, aromaterapia y la pelota, además comenta que en todo el proceso del parto le cuidaba y mimaba, le prestaba conversación y le preguntaba que necesidades tenía en ese momento. Las demás participantes, no refieren haber estado acompañadas por el personal sanitario.

E1: *“Estaba en un sala e iba dilatando mis horas y tal, en una sala súper preparada, con la aromaterapia y la música, la comadrona al lado mío, eh ¿no?. En todo momento cuidándome, mimándome emm... teniendo conversación, de repente me decía, ¿quieres descansar? ¿Te bajo un poco la oxitocina?”*

“fue llegar Marta y me dijo “estoy de guardia, voy a estar contigo” y a mí se me pasó todo. Porque... como conocía a la comadrona y por eso fue todo mucho más fácil porque ella ya sabía todo lo que yo quería.”

“Yo me sentí muy acompañada gracias a ella. Así que la verdad no me tuvo que hacer una gran entrevista. Cuando ella llegó, ella ya sabía de qué palo iba yo, qué filosofía, lo que yo pensaba y lo que yo quería. Me pusieron incluso aromaterapia, te puedes llevar tu música, te dan pelotas y en las clases te enseñan ejercicios para saber que puedes hacer durante las contracciones “

“entonces fue como todo muy fácil. Y después claro cómo me duró tantas horas pues nos dio mucho tiempo a hablar y me decía todo el rato “¿que necesitas?, ¿qué quieres?, ¿te pongo un poco de musiquita?, ¿te pongo de pie?, ¿quieres caminar un rato?”. Ella me iba preguntando mucho y yo iba diciendo si no, si no, ¿no?”

“Es que... ella ya es de cuidar así ¿sabes?, en las clases habla de eso, de que en Santa Tecla si tu quieres tienes estas opciones. “

Respecto a la **información durante el parto** que el personal sanitario facilitaba y que por lo tanto poseían las mujeres de los procesos que se les iba realizando, solo una de participantes fue informada por el ginecólogo y la matrona sobre todos los procesos que ocurrían en su parto, le informaron sobre la anestesia epidural, el cambio de sala, la utilización de fórceps y la realización de la episiotomía.

E1: *“tanto el ginecólogo como la comadrona me explicaron “mira te vamos a cambiar de sala, vamos a ir a la de al lao que está ya preparada, es una sala esterilizada”, ya como*

más de operación como si dijéramos, ¿no? Dice “te vamos a cambiar porque vamos a tener que ayudar a salir a N, vamos a utilizar fórceps y eso significa que”, a mí me lo dijeron eh,” te vamos a tener que hacer la episiotomía para introducir los fórceps”.

Me explicaron también el tema de la epidural, que yo dije “voy a intentar aguantar todo lo que pueda” si llego al final guay y si no... y entonces me dijeron “vale, pero piensa que habrá un momento que a lo mejor ya no se puede poner, pero te avisaremos”, pero no llegaron a ese punto, yo antes la pedí (risas).

En las participantes dos y cuatro podemos ver reflejado que la matrona y el ginecólogo les facilitó alguna que otra información durante su parto. A la participante dos, la matrona le comunica que el parto al ser con oxitocina será más doloroso, el uso fórceps y reafirmó la necesidad de no estar de pie. La participante cuatro comenta que el ginecólogo le dio información sobre su hijo, le informó que había un problema y una posible hemorragia, por ello le iban a trasladar a otro hospital. Además, la participante tres afirma tener en todo momento tener falta de información por parte del ginecólogo. A ninguna de estas tres participantes se les informa de la realización de la episiotomía, por lo que se puede observar que las participantes, 2, 3 y 4 reflejan falta de información tanto por parte de la matrona como del ginecólogo.

E2: “Sí que me dijeron que al ser con oxitocina que dolía más.”

“lo único que me dijeron era que iban a usar fórceps.

“me dijeron que era mejor que no estuviese de pie”

“No, no me dijeron nada, lo único que me dijeron era que iban a usar fórceps pero que me cortaban no o sea es que yo no sé en qué momento lo supe, fue muy rápido, o sea en realidad no me preguntaron. No sé si había otra opción, que al usar fórceps tienen que hacerlo si o si o no si deberían decírtelo. Es que al final estás ahí y no sabes muchas cosas”.

E3: “de hecho todo lo que hicieron... la matrona sí, pero los ginecólogos no me dijeron nada en ningún momento, no me dijeron ni que iban a usar fórceps, ni que iban a cortar ni nada de nada.”

“nadie me ayudaba y al final pedí la epidural que no quería. Pero me dolía y no me hacían caso y me puse muy nerviosa y ahí ya dije venga epidural.”

“esto yo no lo sabía, me enteré después me debió de dilatar manualmente...eh... porque yo claro antes de la epidural estaba en 4 cm y esto que te cuento debió pasar como media hora o así y cuando se marchó el ginecólogo me dijo estás en completa y yo dije bueno pues me habrá servido la epidural y luego ya me enteré que lo había hecho él.”

“yo que sé igual tiene que ser así pero claro como nadie me decía nada pues yo la verdad que pasé pánico.”

“simplemente el hecho de decir a ver es muy impresionante como tiramos pero tranquila que tiramos con...que sabemos lo que estamos haciendo, pero claro...no...”

Yo les dije si me hubieses dicho mmm...impresiona mucho lo que estamos haciendo pero tranquila que lo hacemos todos los días o no se algo, pero claro yo les veía caras de susto, eeh...ese tirón que se llevó la cama que se quedaron impresionados.”

“si me hubieran hablado pues igual me hubiera dado cuenta de lo que estaban haciendo.”

“yo incluso iba informada y mira...”

E4: *el ginecólogo si que me dijo el niño está bien, hasta me dijo lo que pesaría, pesará tres kilos cuatrocientos, el niño está perfecto, pero tú hay un problema que hay este problema y te puedes desangrar, tú no te preocupes que en una ambulancia bajamos para Juan XXIII que hay un especialista, el mejor de España, y no te preocupes que todo irá bien”*

“a mí ya nadie me preguntó nada, no no, me durmieron y amén, y en el segundo yo me acuerdo que yo siempre decía ahora quiero la epidural, lo tengo muy claro, quiero epidural, si si, yo quiero la epidural y si si claro, me la pusieron, perfecto, muy bien, pero claro como también se complicó, pues claro yo ahí espatarrada y como todo fue tan rápido... ya te digo ni protocolo de taparme ni historias...”

“Que va, me dijeron venga, que cuando el segundo parto, mi marido entró en la sala de partos, pero cuando se complicó, el médico se enfadó, tiró unos hierros, a mi marido lo hizo sacar fuera

“no me dijeron nada nada nada, mira yo lo único que recuerdo fijate tú, en Santa Tecla mmm...ahora cenas, ahora me quitaron la cena, y yo decía ¿qué pasa? ¡Ay! No sé qué

me pasa, ¿pero qué problema hay? No... es que puede que haya un pequeño problema no sé qué...

“No, no, que va que va, a mí no me dijeron nada. Me pusieron allí y como no salía pues tuvieron que cortar, porque claro como no salía... Yo sé que nació con fórceps porque luego eso ya me lo dijeron”

“nadie decía nada, ni me hablaba, ni nadie me explicó nada. Yo sé que todo el mundo corría, a mi marido le hicieron salir de la sala de partos casi casi empujándolo vamos...para que saliera deprisa y no se... así que...esta es mi experiencia”

5.6 VIVENCIAS Y PERCEPCIONES

Tres mujeres coinciden que durante el parto pasaron **nervios, miedo**, y que fue un **proceso doloroso** para ellas. Relatan una experiencia traumática, en la que no se han sentido cuidadas. En el caso de una de las participantes, la percepción de peligro la hace temer por su vida y la de su hijo.

E2: *“me daba mucho miedo.”*

“A mí me dolía mucho.”

“vamos a mí me pareció horroroso. Horrible”

E3: *“yo tengo bastante cosa con lo de la episiotomía dentro del parto porque eeh...yo tengo un poco de lagunas porque fue un poco traumático, pero recuerdo bastante bien y luego se lo pregunté a mi pareja que yo estoy segura que no creo que sea muy normal.”*

“hubo un momento que...que sería poco tiempo, pero claro la verdad que yo pensaba que nos mataban a los dos y tiraron de tal manera que...de hecho hubo un momento que yo pensaba que el niño, ósea estaba convencida que al niño lo sacaban muerto”

“Yo pensaba que pues que se les estaba yendo de las manos”

E4: *“yo solo sé que estaba muy asustada”*

“Estaba tan asustada que solo le pedía a Dios que mi hijo saliera bien”

“Yo nada más que rezaba y me acuerdo que una enfermera pobrecita le dije déjame cogerte la mano porque yo lo necesitaba, yo pasé mucho miedo, sinceramente pasé mucho miedo, mucho miedo, y luego se portaban muy mal en Juan XXIII”

“Yo quería irme de Joan XXIII, yo tenía ganas de irme de allí, solo quería irme.

“Yo pensaba tengo que hacer una denuncia y sinceramente estaba muy cansada”

“Yo llorando... estaba como en estado de shock”

“Lo pasé mal”

“luego ya se me olvidó todo y yo ya ni quise preguntar qué podría haber pasado, yo ya no quise saber más, ¿sabes? Yo dije, el niño está bien, yo estoy bien y gracias a Dios no he tenido ninguna secuela, a ver, ¿me entiendes? No he tenido ninguna secuela de...ni ni...con depresión ni historias ni nada de esto.

La participante 1, fue la única que se sintió segura en el momento del parto por parte de la matrona que le atendió. Además, comenta que en su caso la episiotomía fue percibida como un procedimiento que aseguraba que su hijo naciera bien.

E1: *“yo no sabía que comadrona me iba a tocar porque allí es la que te toca en el momento y cuando apareció Marta, osigui, yo estaba ahí como “bueno venga que empieza todo” y estaba como un poco con miedo, nervios y tal y fue llegar Marta y me dijo “estoy de guardia, voy a estar contigo” y a mí se me pasó todo”*

“me dio mucha seguridad”

“fue como todo muy fácil”

“Pero bueno si es necesario como en mi caso pues que le vamos a hacer porque al final mi experiencia fue por el bien de los dos. En mi caso no es abrir por abrir, fue por necesidad. Pero sí que tengo conocidas que le han abierto por abrir, o ella cree eso, que podían haber esperado y que simplemente cortaron por facilitar o así me lo explican, pero en mi caso fue necesario. Se tenía que hacer para que el peque saliera bien.”

Mientras que la participante 3, percibe que la episiotomía no estaba justificada y en las dudas que muestra sobre lo innecesario del procedimiento, denota la falta de información que se le ofreció sobre lo acertado o no de su realización.

E3: *“a mí me pareció un poco estúpido si ya habías metido los fórceps que es lo que más cuesta, bueno igual estoy equivocada, pero yo creo que ya no había necesidad”*

Todas las entrevistadas reflejan que su **vivencia después de la realización de la episiotomía** no fue fácil, vivieron momentos difíciles, sentían que no podían valerse por ellas mismas ya que, el dolor era muy intenso, les impedía moverse y realizar las actividades cotidianas, incluso una de las mujeres comenta que tuvo que abandonar su casa por un tiempo e irse a casa de sus suegros para así estar acompañada y le ayudaran. Además, una de las mujeres hace referencia y denota afectación de su imagen corporal y por lo tanto, de la percepción de sí misma.

E1: *“los primeros 15 días que fueron horribles”*

“El dolor es horrible, lo empeora todo”

“Yo sé que lo pasé muy mal porque me acuerdo de llorar llorar y mi pareja también sufría porque me quería ayudar y no sabía cómo y... pero lo curioso es que al final tu mente acaba olvidando el dolor”

“De hecho, yo le decía a mi madre “no mamá que yo me volveré a casa andando”

“Yo estoy segura de que si no me hubieran hecho la episiotomía yo hubiera salido caminando del hospital, pero la verdad que ahora el dolor se te olvida, yo sé que lo pasé fatal en el ese momento que lloraba mucho, pero tu mente al final acaba olvidando esos malos días ¿no? porque el recuerdo en conjunto es positivo”

“el hecho de no poderme mover, de no valerme por mí misma, no poderme ni duchar sola... eeh... eso fue muy duro.”

E2: *“Me miraba y decía madre mía, ahora llevo tiempo sin mirarme pero es como uff...esto está horrible, esto es raro, esto no es normal, entonces sí que es verdad que te da un poco de...te afecta, que afecta personalmente”*

E3: *“el postparto fue bastante duro, estuve sin poder moverme, sin poder andar, 10 días y luego me costó bastante recuperar, al principio pensé que era por otra causa, pero luego hablando con las fisioterapeutas, me dijeron que tenía un hematoma por la episiotomía”*

E4: *“yo como me encontraba tan mal me tuve que ir a casa de mis suegros...”*

“pasé muy malos días en casa de mis suegros porque aparte, me quedé super delgada, no tenía ni fuerzas, entre el azúcar, el parto tan malo, la preocupación, la pérdida de sangre, etc., la infección, etc., me quedé como una coca, pero ya te digo dije adelante.”

“Abajo se quedó como se quedó y punto pelota nena”

6. DISCUSIÓN

A continuación, se procede a la discusión de los resultados obtenidos, a través de los siguientes apartados: Proceso del parto, consecuencias de la episiotomía, información sobre la episiotomía, prevención, rehabilitación, toma de decisiones (plan de parto, información durante el parto) y vivencias y percepciones.

6.1 PROCESO DEL PARTO

Según diversos estudios ^{1, 4, 5, 7} la práctica de la episiotomía debe realizarse de forma selectiva y está indicada sobre todo en los momentos en los que hay compromiso fetal. En nuestro estudio, las cuatro mujeres entrevistadas presentaron complicaciones y sufrimiento fetal.

Varios estudios ^{39, 40, 41}, también ponen de manifiesto una relación significativa entre la utilización de anestesia epidural y un parto instrumentalizado con la realización de la episiotomía. Un estudio⁴² realizado en el Hospital Universitario de Arrixaca corrobora que, la tasa de episiotomías es mayor en partos instrumentalizados que en partos eutócicos, siendo estas cifras en partos instrumentados del 92,25% y en partos eutócicos de un 20,6%. Según otro estudio realizado desde la EAPN ⁴³, la utilización concretamente de fórceps en el parto además de aumentar la realización de episiotomías aumenta la probabilidad de desgarros, el dolor en el puerperio y el riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo. También, según este estudio, la epidural provoca además expulsivos más prolongados y por consecuente, aumenta el uso de la episiotomía, por lo que recomienda utilizar otras técnicas más seguras, como las técnicas relajación, la inmersión de agua caliente, masajes o el uso de pelotas de partos. Todas las mujeres de nuestro estudio les administraron la epidural y a dos de ellas le ofrecieron la pelota de partos, mientras que a las otras dos mujeres, no les ofrecieron otro método para aliviar el dolor que no sea la epidural. Además, todas las mujeres tuvieron un parto instrumentalizado, concretamente con fórceps, y todas ellas sufrieron una episiotomía, han padecido dolor y tres de ellas presentan lesiones del periné a largo plazo. Sin embargo, otro estudio ⁸² pone en contradicho que la epidural tenga relación con la realización de la episiotomía ya que, en una muestra de 1.928 mujeres que dieron a luz, no se obtuvieron diferencias en cuanto a la aplicación de la anestesia epidural y la episiotomía.

No se encontraron estudios que mencionen que el parto instrumentalizado no tenga ninguna relación con el uso de la episiotomía.

6.2 CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA

Existe controversia con respecto a algunas de las consecuencias de la episiotomía:

Con referencia al dolor a corto plazo, no hay controversia, múltiples estudios^{44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52} reflejan que el dolor perineal a corto plazo es mayor en mujeres sometidas a una episiotomía comparado con mujeres sin episiotomía o con desgarros de grado I, II y III. Las mujeres con episiotomía presentan cuatro veces más de probabilidades de presentar dolor perineal.⁴⁹ Sin embargo, sí hay diferentes opiniones con respecto al dolor a largo plazo (mayor de 3 meses). Uno de los estudios⁵³ considera que la episiotomía si tiene relación con el dolor perineal a largo plazo, incluso algunos consideran que alrededor del 12% de las mujeres con episiotomía se les cronifica el dolor. Lo hemos observado en tres de nuestras participantes incluso muchos años después, sin embargo, algunos autores consideran que no hay diferencia en los resultados del dolor a largo plazo entre episiotomía rutinaria y restrictiva.^{54, 55}

Cuando hablamos de dispareunia, encontramos también diferentes opiniones. Algunos estudios^{44, 48, 52}, asocian la episiotomía con dispareunia, sin embargo, una minoría, alega que no tiene relación o que incluso es un factor protector de la función sexual⁵⁶. A corto plazo hay homogeneidad de ideas, es decir no hay controversia en afirmar la que episiotomía ocasiona dolor durante las relaciones sexuales, sin embargo, las opiniones dispares llegan con el dolor a largo plazo⁵⁷. No obstante, algunos autores como Silva et al⁴⁸. concluyen que incluso seis meses después de realizar la episiotomía, casi el 30% de las mujeres presentan dispareunia, lo que repercute considerablemente vida sexual de las mujeres. Cuanto mayor es la episiotomía, más se demora la actividad sexual. La episiotomía se relacionó con puntuaciones más desfavorables en diferentes dominios de la sexualidad: lubricación, orgasmo, problemas con la penetración vaginal y la iniciativa sexual.⁵⁸ Lo podemos observar en nuestras entrevistadas, tres de ellas, presentan dispareunia incluso años después del parto.

Algunos de los estudios^{45, 52, 58, 59} afirman que la episiotomía favorece la incontinencia fecal a corto plazo. Sin embargo, otros autores informan de que la episiotomía protege frente a la incontinencia fecal o que no hay diferencia entre el uso de episiotomía o no⁶⁰. No obstante, hay estudios que confirman que la episiotomía aumenta cuatro veces el riesgo de sufrir incontinencia fecal. En este caso, tiene mucha importancia el tipo de episiotomía, si es media, se asocia lesión obstétrica del esfínter anal, sin embargo, si la episiotomía es mediolateral y el parto es instrumentado, la episiotomía parece ser un factor protector (disminuye seis veces la probabilidad de desarrollar OASIS.). Si no se usa dentro de este contexto, el uso rutinario de la episiotomía

se relaciona con casi el doble de prevalencia de incontinencia fecal, en relación al uso restrictivo, a los 4 años del primer parto (17% frente a 10%)⁵⁹. La mayor parte de los estudios coinciden en que el principal factor de riesgo para la aparición de incontinencia fecal es el traumatismo perineal grave o una lesión obstétrica del esfínter anal. A pesar de ello, ninguna de nuestras participantes sufre de incontinencia fecal.

Lo mismo ocurre con la incontinencia de gases, la episiotomía presenta tres veces más posibilidades de desarrollar incontinencia de gases comparado con las mujeres que han sufrido un desgarro perineal.⁴⁵ En nuestro estudio, una de las participantes afirma tener incontinencia de gases.

Una revisión sistemática realizada por Sánchez Casal et al realizada en 2013, que incluye 38 artículos, asegura que la episiotomía no previene de desgarros de grado III y IV, sino que aumentan, influyendo en la aparición de incontinencia urinaria y fecal. Genera morbilidad en cuanto a dolor posparto y dispareunia.⁵²

Los factores de riesgo y patología asociada a la incontinencia urinaria más importantes fueron episiotomía (57,1%) y cistocele (32,6%).^{47, 52, 58, 71} Dentro de nuestra muestra observamos la misma asociación, tres de las cuatro entrevistadas manifiestan incontinencia urinaria a raíz de la realización de la episiotomía.

Hay una revisión sistemática realizada por Frigerio et al en 2019 que asegura que la episiotomía no influye negativamente en el desarrollo del prolapso genital e incluso podría ser protectora con respecto a la gravedad y prevalencia del prolapso sin afectar las tasas de cirugía.⁶² Sin embargo no hay consenso, se deben realizar más estudios para disipar las dudas. Múltiples estudios^{63, 64} confirman que la episiotomía es un factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos. Dos de nuestras participantes afirman tener prolapsos de diferentes órganos pélvicos.

6.3 INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA

Aunque no hay mucha investigación al respecto, las mujeres de nuestro estudio dan muestra del desconocimiento tanto de las indicaciones como las desventajas de la episiotomía y carecen de información sobre la utilidad de esta.

No hemos encontrado estudios que valoren la cantidad de mujeres que son avisadas durante parto en el momento de realización de la episiotomía o que valoren de forma adecuada los conocimientos que tiene las mujeres sobre la episiotomía.

Para el 91% de las mujeres, al igual que en nuestras participantes, la principal fuente de información fue la matrona de atención primaria, muchas de ellas tienen información sobre los cuidados que la episiotomía requiere tras el parto.⁶⁵ Sin embargo, todas ellas reconocen no tener suficiente información con respecto a la episiotomía, a los efectos adversos que puede generar o al posible tratamiento de los mismos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos que tenían las madres primíparas frente a las múltiparas sobre el cuidado de la episiotomía.⁶⁵ En nuestro estudio, esta conclusión no fue visible, pues la única madre múltipara era la que menor conocimiento tenía del tema a tratar.

Un estudio realizado en 2016 analiza un programa de educación maternal en el que estaba incluida información sobre episiotomía, los resultados expresan un grado muy alto de satisfacción debido a un incremento en la autoconfianza y de una mayor concienciación de su implicación activa en el proceso del parto y maternidad.⁶⁶ En nuestra muestra, todas las mujeres referían que poseer información acerca del proceso de parto, incluida la episiotomía, les generaba mayor seguridad y mayor capacidad de afrontamiento frente al parto. Observamos también dentro de nuestras participantes que quienes han estado mejor informadas y han tenido un mayor acompañamiento durante el parto, mayor es el grado de satisfacción.

6.3.1 Prevención de la episiotomía

Con respecto al masaje perineal que muchas mujeres desconocen, incluida una de nuestras participantes, una revisión sistemática realizada por Fernández Domínguez que incluye 35 artículos indica que el masaje perineal constituye un factor de protección contra las episiotomías en mujeres nulíparas por encima de 30 años, además de disminuir el dolor perineal postparto en mujeres múltiparas.⁶⁷

Múltiples estudios concluyen que el masaje perineal, reduce la incidencia de episiotomía e incrementa las posibilidades de periné intacto. Así mismo, reduce el riesgo de incontinencia de gases sin complicaciones para la madre o el recién nacido. Algunos estudios afirman que el masaje perineal reduce la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. A pesar de ello, tres de nuestras participantes realizaron masaje perineal previamente al parto y se les realizó la episiotomía.^{68, 69, 70}

Se han encontrado resultados contradictorios respecto al resto de medidas analizadas: epi-no, ejercicios de la musculatura del suelo pélvico, técnicas no farmacológicas para reducir el uso de anestesia epidural y por consiguiente de incidencia de partos instrumentales vaginales. La utilización de posiciones verticalizadas o el decúbito lateral en la fase de expulsivo parecen asociarse a una disminución del daño perineal en el parto.⁶⁷

EpiNo es un dispositivo médico seguro, bien tolerado de las mujeres y sus parejas. Además, aumenta la confianza de los pacientes con su cuerpo, reduce la ansiedad por el parto y tiene un impacto psicológico positivo, capaz de acortar la segunda etapa del trabajo de parto.⁷¹ A pesar de ello, ninguna de nuestras participantes utilizó este dispositivo.

6.4 REHABILITACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

Diferentes revisiones sistemáticas avalan la eficacia de la rehabilitación del suelo pélvico, tanto de la incontinencia urinaria, como de las diferentes algias perineales, incluyendo la episiotomía o la dispareunia. Todas ellas, consideran que tiene un efecto positivo en la reducción de la sintomatología e incluso en la desaparición de la misma.^{72, 73} Tras tratamiento rehabilitador en un intervalo de 2 a 3 meses mejoraron las respuestas en los cuestionarios de sintomatología y de los relacionados con la calidad de vida.^{71, 74} A pesar de que su evidencia está demostrada, una de nuestras participantes no conocía la existencia de dicha posibilidad, esto quizá pueda representar a un porcentaje de mujeres que desconoce la rehabilitación y por lo tanto no se pueden beneficiar de ella. Además, tres de nuestras cuatro entrevistadas han acudido a rehabilitación y todas ellas consideran que el resultado ha sido satisfactorio y eficaz.

Las técnicas más utilizadas son: terapia manual, ultrasonidos, estimulación nerviosa transcutánea intravaginal (TENS), ejercicios activos de la musculatura pélvica, biofeedback a través de bolas chinas o conos vaginales. La combinación de estas terapias incrementa los resultados positivos. En el caso de dolor por episiotomía, la combinación más efectiva parece ser electroterapia (TENS o ultrasonidos), terapia manual que incluye masajes y terapia miofascial y ejercicios de suelo pélvico.^{72, 73} A pesar de estar demostrado, las participantes solo tienen información acerca de los ejercicios de Kegel y solo una de ellas se ha beneficiado del TENS, desconocen el resto de técnicas.

El masaje directo sobre la cicatriz de la episiotomía transcurrida la fase inflamatoria y la reparación completa mejora la flexibilidad, el aporte sanguíneo y evita las adherencias que dan

lugar a dispareunia.⁷² A pesar de esto, ninguna de nuestras participantes realizaba masaje de la cicatriz posterior al parto.

6.5 TOMA DE DECISIONES

Diversos estudios^{75, 76, 77}, coinciden que el Plan de Parto es de gran utilidad para las matronas y otros profesionales sanitarios que atiendan a la mujer en el parto ya que, parece ser que su objetivo es conocer las necesidades y preferencias que tiene la mujer en su parto, y a ayuda a brindar una atención de alta calidad a las mujeres, reforzando su autonomía, además de que influye positivamente en el proceso del parto y su finalización, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad y satisfacción de las mujeres. En nuestro estudio, solo dos de las mujeres firmaron el Plan de Parto y solo una de ellas, menciona que la matrona le prestó atención a su Plan de parto, y demás profesionales que le atendieron (una enfermera y un ginecólogo) no lo tuvieron en cuenta.

Un estudio⁷⁶ realizado en el hospital de Murcia, sobre el uso del Plan de Parto destaca que su uso es escaso, y que incluso ha disminuido un 0'5% respecto al año anterior⁷⁶. Otro estudio de la universidad Jaume I⁷⁵, afirma que no todas las mujeres que colaboraron en el estudio realizaron el plan de parto, en algunos casos porque no se les había entregado y en otros, porque no sabían cómo hacerlo o se les olvido entregarlo, además, de que a la hora de valorar las mujeres su utilidad, en la satisfacción de su parto según si habían o no realizado el documento, no se encontraron diferencias significativas. Del mismo modo, estos hechos coinciden en nuestro estudio ya que, dos de las cuatro mujeres entrevistadas no firmaron el documento porque el personal sanitario no se lo ofreció. Asimismo, tampoco se han encontrado diferencias significativas por parte de las cuatro mujeres en cuanto a tener o no el documento y a la satisfacción de su parto. Cabe decir, que la única mujer que afirma que la matrona y el ginecólogo le respetaron en su parto no había firmado el Plan de Parto, pero es importante destacar que conocía previamente a la matrona y ésta sabía las preferencias de la mujer.

Varios autores^{78, 79} están de acuerdo en cuanto a que las mujeres valoran más positivamente su experiencia de parto cuando se han sentido partícipes del proceso, han sido informadas durante el mismo, se les ha permitido estar acompañadas y se les ha prestado en todo momento soporte emocional por parte de los profesionales sanitarios. Además de que mencionan, que la sensación de autocontrol y de participación en la toma de decisiones durante el parto juega un importante papel en relación a la satisfacción final del proceso, pues una información adecuada les permite

orientarse y aclarar las dudas y minimizar sus temores en el parto. Por lo que parece ser, que existe una relación positiva entre la satisfacción final de la mujer con el proceso del parto, con la cantidad y calidad de la información recibida, y el apoyo recibido por parte del personal sanitario que les atiende.^{78,79} Este hecho se puede ver reflejado en nuestro estudio, pues solo una de las mujeres ha estado informada en todo momento sobre los procesos que iban a ocurrir en su parto está satisfecha con su parto, y se ha sentido participe. Por el contrario, en las otras tres mujeres de nuestro estudio, la falta de información que tenían les hacía perder el control de su parto y se hay poca satisfacción de su parto y valoran su experiencia de parto negativamente.

Tal y como señalan algunos de los autores,^{78,79} la mayoría de las mujeres a día de hoy, no tienen demasiada autonomía en su toma de decisiones durante el parto de modo que, parece ser que tienden a delegar a los profesionales o a considerar como idóneas algunas prácticas intervencionistas como la amniorrexis artificial, administración de oxitocina, episiotomía, etc. Aunque, en algunas prácticas obstétricas como el movimiento durante la dilatación, inducción al parto, cesárea y el contacto piel con piel, se ha visto que ha habido una mayor formación de las mujeres que las capacita para tomar decisiones autónomas y fundamentadas. En cuanto a nuestro estudio, podemos ver también como hay una falta de autonomía en la toma de decisiones de tres de las mujeres, aunque en nuestro caso, hay controversia en considerar las prácticas intervencionistas en este caso la episiotomía, como idónea ya que, una de las cuatro mujeres pone en duda si la práctica de la episiotomía era necesaria en su caso.

Con lo que respecta a el apoyo y la información, según los autores^{78,79}, los profesionales deben de estar informados de las mejores praxis obstétricas disponibles, para así asesorar, instruir y empoderar a la mujer en su decisión. Además de que, el soporte emocional por parte del personal sanitario durante el parto parece ser que conlleva al establecimiento de una buena relación entre ambas partes, construyendo un clima de confianza que aporta a las mujeres mayor sensación de seguridad, refuerza sus conocimientos previos y respalda sus decisiones. Esto puede verse reflejado en nuestro estudio ya que, la única mujer que recibió soporte emocional por parte de la matrona se sintió segura, y su parto transcurrió en un ambiente agradable. Por el contrario, las otras tres mujeres que no lo recibieron, la sensación de seguridad y confianza no la sintieron.

En un estudio⁸⁰ sobre la experiencia de las mujeres sobre el trato recibido por el profesional durante su parto, pone de manifiesto que tuvieron en la mayoría de casos, un trato impersonal, sin presentaciones por parte de los profesionales que iban a actuar en su parto, deshumanizado, irrespetuoso o jerarquizado. Las mujeres manifestaron que la mayoría de los profesionales que

no se presentaron, incluso tampoco en los casos en que hacían alguna técnica o intervención (parto instrumental, episiotomía, etc.) esta situación les generó pérdida de control y de la intimidad. Además, de no dar toda la información sobre su estado de salud o tomar decisiones médicas sin tener en cuenta su opinión, esto les generaba la sensación de no ser respetada y no les quedaba otro remedio que “dejarse hacer” por lo profesionales. Este estado paternalista, hizo no dejar decidir ni opinar a la mujer sobre su proceso de parto. Otro estudio ⁸¹ afirma, que una parte importante para las mujeres en su experiencia en la atención obstétrica y lo que manifiestan necesitar es, un trato más empático y humano, sentirse acompañadas, informadas durante todo el proceso, que se favorezca la participación en las decisiones y sentirse atendidas en sus deseos e inquietudes ante esta experiencia trascendente para ellas y tan poco previsible a menudo, y que a pesar de tener la capacidad para tomar decisiones, en muchas ocasiones no son capaces de transformarlas en acciones debido a las limitaciones que les ocasiona la institución y los profesionales. En nuestro estudio, tres de las mujeres refieren haber perdido el control de su parto por cómo fueron atendidas, son conscientes del trato poco humanizado por el personal sanitario y refieren un trato mejor.

Según diversos estudios ^{75, 81}, hay diferencias en el trato de las mujeres durante su parto en cuanto al profesional sanitario con diferente categoría profesional que les atiende ya que, se ha visto en varios hospitales que las mujeres califican como un aspecto positivo en el parto la presencia de la matrona, frente a calificar como un aspecto negativo la atención del ginecólogo, además, de que la atención de las matronas mejora los resultados de la atención en los partos y en la satisfacción de las gestantes.. En nuestro estudio, en una de las mujeres refleja la importancia que tuvo la matrona para ella en su parto, en cuanto al apoyo y atención recibida, frente a otro profesional sanitario. Por el contrario, en la experiencia de las otras tres mujeres, no se ha visto reflejado que la matrona haya prestado una mejor atención en relación a otro profesional sanitario.

6.6 VIVENCIA Y PERCEPCIONES

Un estudio⁸³ realizado en 2019, sobre la vivencia de las mujeres en el proceso del parto, explicaron que fue un proceso traumático para ellas, sintiendo miedo, soledad y estrés. Esto parece ser, según los autores del estudio, que viene dado por la falta de apoyo por parte del personal sanitario, el sentimiento de engaño y los diferentes problemas durante el parto y postparto. Este hecho, también se pone de manifiesto en nuestro estudio ya que, tres de las mujeres que no recibieron apoyo por parte del personal sanitario sintieron también miedo, nervios

y dolor. Mientras que otra de las mujeres, la cual estaba acompañada por la matrona, no sintió el proceso del parto como algo traumático a pesar de los problemas que tuvo durante el proceso del parto.

No se han encontrado estudios que hagan referencia a la vivencia de la mujer después de la episiotomía. En nuestro estudio, la vivencia de las cuatro mujeres después de la técnica ha sido negativa ya que, ha habido una afectación a nivel emocional y a la autonomía de las mujeres. Además, en una de las mujeres también ha habido una afectación a nivel de su imagen corporal.

En cuanto a la percepción de las mujeres, según un estudio,⁸⁰ esta se ve afectada dependiendo del trato recibido por el profesional y del sentimiento experimentado por las mujeres. En el estudio, las mujeres hicieron referencia en ocasiones a la sensación de que la experiencia del parto había sido como una fábrica, sintiéndose ellas una de las máquinas. Esto concuerda con el testimonio de una de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio, que afirma haberse sentido como un animal por el poco trato humanizado con el que le atendieron. Esta deshumanización, según la autora del estudio, Llobera et al⁸⁰, se debe a que algunos profesionales se centran en la parte física desatendiendo las necesidades emocionales de la mujer en la situación en la que se encuentra.

7. CONCLUSIÓN

Según se recoge en la literatura consultada, el uso de una política de episiotomía restrictiva supone una mejora en la calidad de vida de la mujer durante el periodo puerperal, en comparación con una política de episiotomía rutinaria, a la que se le asocia un mayor impacto sobre la función del suelo pélvico y mayor número de complicaciones.

La episiotomía, aunque actualmente se está disminuyendo su uso, sigue siendo una intervención quirúrgica muy habitual en nuestra sociedad. Una técnica tan utilizada debería ser bien conocida, tanto en su concepto como en las indicaciones que justifican su uso. La controversia en torno a su realización ha generado muchos estudios científicos al respecto, que en su mayoría han recomendado su uso de forma selectiva. El uso sistemático de la episiotomía, aparte de ocasionar un gasto sanitario importante, afecta a la salud de la mujer tanto física como psíquicamente. Alternativas tales como dotar de conocimientos a la embarazada sobre las diferentes medidas preventivas que puede llevar a cabo durante la gestación para evitar la episiotomía, así como las diferentes posibilidades en cuanto a la rutina del parto, pueden disminuir las elevadas tasas registradas en la actualidad. Los profesionales de la salud debemos optar por un criterio unánime fundado en la evidencia científica y una atención al parto más humanizada que se aleje en lo posible del intervencionismo.

Es importante destacar la falta de información previa, durante y posterior al parto, no solo de la episiotomía, sino también de aquellos procesos que se requieran en el parto, por ejemplo, la utilización de instrumental. Nos parece importante también, que durante los cursos preparto se haga más hincapié en la información sobre la episiotomía, en referencia a lo que es, cuando se debe realizar, a las consecuencias y los cuidados. Además, hay que destacar la relevancia del control e información posterior al parto por parte de la matrona en cuanto a la curación de la episiotomía y las posibilidades de rehabilitación.

Tal y como hemos observado, una de las mujeres entrevistadas parece tener una experiencia diferente al resto, quizá esto pueda deberse a que su primer parto fue hace 29 años y hace pensar, que ha podido haber un cambio generacional por parte del personal sanitario, y por tanto una mejoría en la tendencia a dar más información y mayor acompañamiento durante el parto.

Otra conclusión importante es la necesidad de mayor acompañamiento por parte del personal sanitario en el proceso de parto ya que, un parto supone en la mujer miedos, inseguridades y pone de manifiesto su vulnerabilidad. Por ello, es importante este acompañamiento para que su

vivencia sea positiva y para que no sea o no lo recuerden como un proceso traumático. Esto, hará posible la toma de decisiones compartidas durante el parto, el respeto a sus decisiones y darles el protagonismo que se merecen en su propio parto.

Se debe evitar minimizar la consecuencia de la episiotomía y darle la relevancia que realmente tiene ya que esto afecta en la calidad de vida de las mujeres tanto física como psicológicamente.

A pesar de que el parto es un proceso natural, se está viendo cada vez más instrumentalizado y esto hace que se vuelva un proceso poco humanizado en el que a veces nos olvidamos de la dignidad y el respeto a las mujeres. Esto conlleva una pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre su parto.

Incitamos a la reflexión del personal sanitario para evitar la normalización de este tipo de situaciones en la que no se tiene en cuenta a la mujer ya que esto tiene un nombre, violencia obstétrica.

8. LIMITACIONES

Nuestra principal limitación del trabajo ha sido encontrar mujeres que quieran colaborar en el estudio, ya que es un tema delicado y tabú para nuestra sociedad actual, por lo que no es agradable revivir la situación y hablar de ello.

Otra de las limitaciones que nos hemos encontrado en la realización del trabajo, es la escasez de estudios cualitativos sobre la episiotomía. Con ello, nos referimos a estudios sobre las vivencias o percepciones, la información que las mujeres poseen sobre la episiotomía recibida por parte del personal sanitario, etc. Además, hemos podido constatar que hay escasa evidencia sobre la episiotomía durante los últimos cinco años, a pesar de que hay vacíos en la evidencia científica para la cual es necesaria más investigación.

La siguiente limitación que hemos podido observar, es que una de las entrevistadas tiene mayor diferencia de edad que el resto de las mujeres, esto supone que el proceso del parto y su vivencia sea diferente al resto, pues ha cambiado la mentalidad de los sanitarios en estos últimos años. También hemos observado, que la falta de información es mayor en ella que en las otras mujeres, por ejemplo, en cuanto a la rehabilitación o a la información que ella tenía sobre la episiotomía. Debido a la situación del COVID-19, esto ha agravado la dificultad de obtener información mediante contacto directo con las mujeres, es por ello, que algunas de nuestras entrevistas se han tenido que realizar mediante videollamadas ya que, era la forma más cercana para las mujeres.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Stanford Childrens Health [Internet]. Bahía de San Francisco: Stanford Childrens Health; 2014 [citado el 21 Oct 2019]. Episiotomía. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
2. Barjon K, Mahdy H. Episiotomy [Internet]. 2019 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>
3. García AI, Viguera MA, Fernández MM, Ballesteros C, Carrillo C. Tasa de episiotomía en el hospital clínico universitario de Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 5 abr 2020]; 93: 1-14. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201907040.pdf
4. Gómez P. Incontinencia urinaria post-parto, factores de riesgo [trabajo final de grado en Internet]. País Vasco: Universidad del País Vasco. 2016 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19316/G%C3%B3mez_Iba%C3%B1ez%2C%20Pablo_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Domínguez S. Evaluación de la eficacia de una intervención de enfermería para evitar la episiotomía o desgarro vaginal durante el trabajo de parto en los hospitales de Catalunya. Ensayo clínico aleatorizado [Trabajo final de grado en Internet]. Lleida: Universidad de Lleida. 2019 [citado el 24 oct 2019]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/66625/sdominguezp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Ballesteros C, Martínez ME, Meseguer M, Carrillo C, Canteras M. La episiotomía en el marco de la atención al parto normal [Internet]. Murcia: AMRM: Asociación de Matronas de la Región de Murcia. 2014 [citado 24 oct 2019]. Disponible en: <https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL- PARTO NORMAL.pdf>
7. Camacho F, García I, López A, Belda A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. Matronas Prof [Internet]. 2017; 18(3): 98-104. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/factores-que-influyen-en-la-realizacion-de-una-episiotomia-en-partos-eutocicos/>
8. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Syst Rev [Internet] 2017 [citado 27 oct 2019], 2.

- Disponible: https://www.cochrane.org/CD000081/PREG_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth
9. Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. DILEMATA [Internet] 2015 [citado 27 oct 2019]; 7(18): 13-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106931>
 10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. Disponible en : <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
 11. Živković K, Živković N, Župić T, Hodžić D, Mandić V, Orešković S. Effect of Delivery and Episiotomy on the Emergence of Urinary Incontinence in Women: Review of Literature. Acta Clin Croat [Internet] 2016 [citado 15 ene 2019] ;55(4):615-624. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117653>
 12. Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidados centrados en la persona y la familia. RNAO [Internet]. Asociación Prof de Enfermeras de Ontario. 2015 [citado 15 ene 2019]. Disponible en: https://rno.ca/sites/rno-ca/files/bpg/translations/Person_Family_Ctrd_Care_-_2015_-_CUIDADOS_CENTRADOS.pdf
 13. Asamblea Mundial de la Salud, 69. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>
 14. Jefatura del Estado «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
 15. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal [Internet] [citado 15 ene 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

16. Biurrun A, La humanización de la asistencia al parto. Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [Tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona. 2017 [citado 12 dic 2019]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118125/1/ABG_TESIS.pdf
17. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de Salud. 2019 [citado 15 ene 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
18. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: https://www.msbs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
19. Cifre RL, Ferrer VA, Chela X. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. INFE [Internet]. 2019 [citado 20 enero 2020]; 10(1): 167-84. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/60886>
20. Protocolo: Parto instrumentado. Protocolos medicina materno-fetal. Hospital Clínic- hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto%20instrumentado.pdf>
21. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Universidad Pública de Navarra. [Internet]. 2014 [citado 10 enero 2020]. Disponible en: <http://academica.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGIztzarBernues.pdf?sequence=1>
22. Santiago M, Béjar C. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. Matronas Prof [Internet] 2015 [citado 15 ene 2020]; 16(3): 90-95. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/metaanalisis-sobre-posturas-maternas-en-el-expulsivo-para-mejorar-los-resultados-perineales/>
23. Manresa M, Webb SS, Pereda-Núñez A, Bataller E, Terré-Rull C. Cuidado de las lesiones posparto en la consulta perineal. Matronas Prof [Internet] 2018 [citado 15 ene 2020]; 19(4): 58-66. Disponible en: <https://medes.com/publication/141658>
24. Camacho F, García I, López A, Belda A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. Matronas Prof [Internet] 2017 [citado 15 ene 2020]; 18(3): 98-104. Disponible en: <https://medes.com/publication/126246>

25. Vidal Bermejo M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital «Ciudad de Coria» entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. *Matronas Prof* [Internet] 2009 [citado 16 ene 2020];10 (1): 5-9. Disponible en: <https://medes.com/publication/51485>
26. Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S, et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet] 2009 [citado 16 ene 2020]; 31(1): 36-41. Disponible en: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/19208281>
27. Ejegard H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest* [Internet] 2008 [citado 16 ene 2020]; 66(1): 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18204265/>
28. Luque-Carro R, Subirón-Valera AB, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Juste Pina A, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Prof* [Internet] 2011 [citado 16 ene 2020]; 12(2): 41-48. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-valoracion-a-los-3-anos-2007-2008/>
29. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2009[citado 17 ene 2020];21(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>
30. Rodríguez V, Bonilla A, Miranda M.D. Disfunción del suelo pélvico. Asesoramiento de la matrona en la reeducación perineal. *Trances* [Internet] 2015 [citado 17 ene 2020]; 7(2):307-314. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2007_2_9.pdf
31. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Syst Rev* [Internet] 2018 [citado 17 ene 2020]; 10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091581/>
32. Hay-Smith EJC, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: Cochrane An Abridged Systematic Reviews. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet] 2012 [citado 17 ene 2020]; 48(4):689-705. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23183454/>
33. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.

- Cochrane Database of Syst Rev [Internet] 2012 [citado 17 ene 2020], 10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nau.22402>
34. Sánchez MM, González R, Hernández E . Importancia de las técnicas hipopresivas en la prevención de la incontinencia urinaria postparto. RECIEN [Internet] 2014 [citado 17 ene 2020]; 8: 34-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5538222>
35. J.Jerez-Roig, D.L.B.Souza, A.Espelt, M.Costa-Marín, A.M.Belda-Molina. Electroestimulación del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria y/o síndrome de vejiga hiperactiva: una revisión sistemática. Actas Urológicas Españolas [Internet] 2013 [citado 17 ene 2020]; 37(7): 429-444. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210480612003506>
36. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Syst Rev [Internet] 2011 [citado 17 ene 2020]; 6(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735442/>
37. Taylor S.J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Internet]. Barcelona: Paidós. 2002 [citado 20 ene 2020]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
38. Sandin MP. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. Investig Educa [Internet]. 2000 [citado 20 ene 2020]; 18(1): 223-242. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45190/1/Criterios%20de%20validez%20en%20la%20investigacion%20cualitativa%20de%20la%20objetividad%20a%20la%20solidaridad.pdf>
39. Aceituno L. Tasa de episiotomía en España. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2009 [citado 20 marz 2020]; 52(1): 69-70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tasa-episiotomias-espana-S0304501309701487>
40. Sadornil ME, Espinilla B, Gonzalez I, Albillos L, Marcos S, Fernández B. Evolución de la tasa de episiotomías en el hospital universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales. Matronas Prof [Internet]. 2016 [citado 20 marz 2020]; 17(2): 39-46. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/evolucion-de-la-tasa-de-episiotomias-en-el-hospital-universitario-de-burgos-y-su-relacion-con-los-resultados-perineales-y-neonatales/>

41. Ballesteros C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia [Tesis doctoral en Internet]. Murcia: Universidad de Murcia. 2014 [citado 25 marz 2020]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/39087/1/TESIS%20CARMEN%20BALLESTEROS.pdf>
42. García AI, Viguera MA, Fernández MM, Ballesteros C, Carrillo C. Tasa de episiotomía en el hospital clínico universitario de Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 5 abr 2020]; 93: 1-14. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201907040.pdf
43. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado el 5 abr 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm
44. Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof [Internet]. 2007 [citado 10 abr 2020]; 8 (3-4): 5-11. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-en-nuliparas-con-parto-vaginal-realizado-por-matronas/>
45. Al-Zein HJ, Jarrah S, Al-Jaghibir M. The Relationship Between Obstetric Perineal Trauma, Risk Factors and Postpartum Outcomes Immediately After Childbirth. International Journal of Childbirth Education [Internet] 2013 [citado 10 abr 2020]; 28(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324569264_The_Relationship_Between_Obstetric_Perineal_Trauma_Risk_Factors_and_Postpartum_Outcomes_Immediately_After_Childbirth
46. Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. J Pak Med Assoc [Internet] 2013 [citado 10 abr 2020]; 63(6):696-701. Disponible en: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/23901667>
47. Macleod M, Goyder K, Howarth L, Bahl R, Strachan B, Murphy D. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of

- episiotomy. BJOG [Internet] 2013 [citado 10 abr 2020]; 120(8):1020-1027. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23464382/>
48. Silva NLS, Junqueira SM, Barbosa FM, Santos JdO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. Rev.enferm. UERJ [Internet] 2013 [citado 10 abr 2020]; 21(2):216-220. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7189/6476>
49. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CdS, Silva RLd, Mendes, Edilaine de Paula Batista, Oliveira, Junqueira Vasconcellos SM. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. Rev da Esc de Enf. USP [Internet] 2014 [citado 10 abr 2020]; 48:39-44. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700039
50. Rios de Araújo AE, Pitanguí ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues PdS, Dias TG. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. Rev Dor [Internet] 2015 [citado 10 abr 2020];16(4):267-271. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400267
51. Roy P, Sujatha M, Biswas B, Chatterjee A, Roy P. A comparative study of perineal morbidity in vaginal delivery with and without episiotomy. Int J of Reprod Contracept Obstet Gynecol [Internet] 2015 [citado 10 abr 2020];4(5):1442-1445. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/fa36/f874bb5be3ac4fbcda54f3d65a5516b87f26.pdf>
52. Sánchez MI, Luna J. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2013 [citado 10 abr 2020];1(18). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/068d.php>
53. Rojas L. ¿cómo tratar la cicatriz de la episiotomía o cesárea? Suelo firme. [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.ensuelofirme.com/como-tratar-la-cicatriz-de-la-episiotomia-o-cesarea/>
54. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet] 2009 [citado 10 abr 2020];21(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>
55. Fritel X, Schaal J, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. BJOG [Internet] 2008 [citado 10 abr 2020];115(2):247-252. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2007.01540.x>

56. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. BMC Womens Health [Internet] 2011 [citado 12 abr 2020];11(1):12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3098166/>
57. Rikard-Bell J, Iyer J, Rane A. Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: a cohort study of primiparous women. ANZJOG [Internet] 2014 [citado 12 abr 2020];54(4):371-376. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajo.12222>
58. Obiol Saiz MA. Impacto del trauma perineal postparto en la salud física y sexual en mujeres primíparas al año del nacimiento [Internet] Tesis. Universitat de València. 2019 [citado 12 abr 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255892>
59. Sulaiman AS, Ahmad S, Ismail NA, Rahman RA, Jamil MA, Mohd Dali AZ. A randomized control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy. Saudi Med J. [Internet] 2013 [citado 12 abr 2020]; 34(8):819-823. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23974453/>
60. García L, Soto M. Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica. Clín Invest Gin Obst. [Internet] 2018 [citado 12 abr 2020]; 45(4):171-180. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X1730062X>
61. Martín C, Carnero M.P. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. Enfermería Global [Internet] 2019 [citado 13 abr 2020]; 19(1): 390-412. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7224883>
62. Frigerio M, Mastrolia SA, Spelzini F, Manodoro S, Yohay D, Weintraub AY. Long-term effects of episiotomy on urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. [Internet] 2019 [citado 13 abr 2020];299(2):317-325. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30564925/>
63. Bozkurt M, Yumru AE, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. Taiwan J Obstet Gynecol. [Internet] 2014 [citado 13 abr 2020];53(4):452-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25510682/>
64. Hakimi S, Aminian E, Mohammadi M, Mohammad Alizadeh S, Bastani P, Houshmandi S. Prevalence and Risk Factors of Urinary/Anal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in

- Healthy Middle-Aged Iranian Women. *J Menopausal Med.* [Internet] 2020 [citado 13 abr 2020];26(1):24-28. Disponible en: <https://e-jmm.org/DOIx.php?id=10.6118/jmm.19201>
65. Gómez MC, Labandeira P, Núñez M, Vallecillos S, Hernández A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas prof* [Internet] 2014 [citado 15 abr 2020]; 15(1):10-17. Disponible en: <https://medes.com/publication/90453>
66. Álvarez P, Palomo R, Gilart P, Vázquez J, Rodríguez L. Análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. *Nure Inv* [Internet] 2016 [citado 15 abr 2020]; 13 (82). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277910>
67. Fernández JC, Oliva A, Ruiz K, Caufriez M. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarro perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. *Cuest fisioter.* [Internet] 2012 [citado 15 abr 2020]; 41(2): 127-140. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910561>
68. Ugwu EO, Iferikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet] 2018 [citado 15 abr 2020]; 44(7): 1252-1258. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29607580/>
69. Akhlaghi F, Sabeti Baygi Z, Miri M, Najaf Najafi M. Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. *J Family Reprod Health* [Internet] 2019 [citado 15 abr 2020];13(3):160-166. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32201491/>
70. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2013 [citado 15 abr 2020]; 30(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23633325/>
71. Pifarotti P, Dell'Utri C, Bonfanti I, Masserini F, Scaramella E, Buonaguidi A. Is EpiNo Birth Trainer an effective tool to reduce pelvic floor injury among primiparous women? First Italian prospective randomizedcontrolled single-blind ongoing Study. *Int Urogynecol J.* [Internet] 2018 [citado 15 abr 2020];29:36-37. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01619914/full>
72. Fernández IM. Abordaje fisioterápico de las lesiones perineales en el posparto. *Enfermería Docente* [Internet] 2013 [citado 16 abr 2020]; 100: 28-33. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revisitas/ED-100-08.pdf>

73. Palacios A, Díaz B. Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y posparto: una revisión sistemática. *Clín Invest Gin Obst* [Internet] 2016 [citado 16 abr 2020]; 43(3): 122-131. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X15000556>
74. Fernández ME, Geanini A, Nieto J, Pérez O, Alonso M, Mirón JA. Efectividad del electromiografía-biofeedback en la incontinencia fecal y la calidad de vida. *Rehabilitación* [Internet] 2015 [citado 16 abr 2020]; 49(4): 216-223. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-efectividad-del-electromiografia-biofeedback-incontinencia-fecal-S0048712015000328>
75. Vázquez B. El plan de parto. Una herramienta para la visibilización de las mujeres [Trabajo final de máster Internet]. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I; 2014 [citado 17 abr 2020]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/108139/TFM_2013_Vazquez.pdf?sequence=5&isAllowed=y
76. Suárez M. Situación actual del Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia [Tesis doctoral Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; 2017 [citado 17 abr 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154697&orden=0&info=link>
77. Suárez M, Armero D, Canteras M, Martínez ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso del parto humanizado. *Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 17 abr 2020]; 23(3): 520-526. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf
78. Fernández FS, Vera LT, Novo MM, Rodríguez JA, Aguirre A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Interna Éticas aplicadas* [Internet]. 2018 [citado 20 abr 2020]; 10(6): 207-215. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>
79. Goberna J, Biurrun A. El alivio del dolor en el parto. El empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. *RCUB* [Internet]. 2020 [citado 23 abr 2020]; 5(1): 79-97. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol5.num1.5/30881>
80. Llobera R, Ferrer VA, Chela X. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investig Fem* [Internet]. 2019 [citado 10 may 2020]; 10 (1): 149-184. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6985346&orden=0&info=link>
81. Ferreira MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Claveria A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del

- parto. Calidad Asisten [Internet]. 2013 [citado 15 may 2020]; 28(5): 291-299. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001>
82. Garriguet J, Ruiz J, Lacal JF, Gomáriz MJ, Rodríguez MI, Castellano D. Analgesia epidural y resultados obstétricos. Clínica e Investig en Gine y Obste [Internet]. 2007 [citado 15 may 2020]; 34(2):38-45. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-analgesia-epidural-resultados-obstetricos-13100784>
83. Rodríguez J, Hernández A, Rodríguez D, Quirós JM, Martínez JM, Gómez J. Percepciones de las mujeres de vivir una experiencia de parto traumático y factores relacionados con una experiencia de parto. Environ Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 20 may 2020]; 16(9):1654. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6539242/>

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 1

REQUISITOS PREVIOS PARA LA INSTRUMENTALIZACIÓN DEL PARTO

Tabla 1 – Requisitos previos a la instrumentación

- Presentación cefálica, dilatación completa y bolsa amniótica rota.
- Cabeza encajada (III o IV plano de Hodge)
- Conocimiento de la variedad y las características exactas de la cabeza fetal (caput, grado de asinclitismo...).
- En caso de duda sobre la variedad de la cabeza fetal debe comprobarse mediante ecografía.
- Evaluación clínica de la relación pélvico-fetal.
- Preparación materna:
 - Aseptización.
 - Analgesia adecuada (si analgesia inadecuada avisar a Anestesiólogo)
 - Vejiga urinaria vacía (si portadora de SVP retirar la sonda o desinflar globo)
 - Consentimiento informado (verbal)
- Preparación del equipo obstétrico:
 - Siempre debe estar presente un especialista.
 - Si existe sospecha de pérdida de bienestar fetal avisar al neonatólogo.

10.2 ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante,

Como parte del requisito de 4to curso del grado de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili, se llevará a cabo un estudio de final de grado sobre "LAS CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA EN LAS MUJERES". Dicho estudio, consiste en la realización de entrevistas de una duración aproximada de 30-45 minutos en la que usted, podrá contestar libremente a las preguntas que desee. El objetivo del estudio es, conocer las consecuencias físicas, emocionales y sociales que conlleva la episiotomía en la mujer.

En todo momento, se garantizará el cumplimiento de la *Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales*, por lo que, la información obtenida a través del estudio, se mantendrá en estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado.

El estudio, no supone ningún tipo de riesgo, ni reportará beneficios para su persona, por lo que no recibirá remuneración por su participación. Usted, tiene el derecho a retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.

Yo,
con DNI, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, declaro que:

He leído y entendido la información que me han facilitado sobre el estudio "Las consecuencias de la episiotomía en las mujeres" y he sido informada de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y la protección de datos.

Mi intervención es totalmente voluntaria y libre, y en caso de querer retirarme del proceso estoy en todo mi derecho.

Para todo esto, doy mi consentimiento a participar en el estudio "Las consecuencias de la episiotomía en las mujeres" mediante una entrevista, y permito a las 2 investigadoras que realizan el estudio, a gestionar y difundir la información de mis datos personales manteniendo la protección de datos.

Tarragona, día..... de del 2020.

Firma del participante:

10.3 ANEXO 3

TRÍPTICO INFORMATIVO

LUGAR Y HORA DE LA ENTREVISTA

Flexibilidad, intentamos adaptarnos a ti y que te sientas cómoda.

SE REQUIERE LA MAYORÍA DE EDAD

ANTE CUALQUIER DUDA QUE TE SURJA, NO DUDES EN LLAMAR.



CONTACTO

Laura Rego
Sheila Martínez

Sheila.martinez@estudiants.urv.cat
Laura.rego@estudiants.urv.cat

Universidad Rovira y Virgili

Estudio de investigación

Consecuencias de la episiotomía

CUENTANOS...





**OBSERVATORIO DE
LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA**

**¡No sea tímida!
¡Anímese a
participar! Esto
ayudará a otras
mujeres en la misma
situación.**

Objetivo del estudio

Conocer las experiencias y vivencias tras la episiotomía que quieras compartir.

Participación

Es totalmente voluntario

Procedimiento

1. Lectura del consentimiento informado.
2. Resolución de dudas.
3. Firma del consentimiento informado.
4. Entrevista de duración máxima aproximada de 1 hora.

Preguntas frecuentes

¿Y si cambio de opinión?

Puedes cambiar de opinión en cualquier momento sin tener que dar explicaciones

No te repercute en nada.

¿Recibiré algún beneficio por la participación?

No supondrá ningún beneficio, excepto el poder compartir tus experiencias, sentimientos y vivencias.

¿Se grabará la entrevista?

La entrevista será grabada en formato de audio con el objetivo de poder redactar la información aportada durante la misma.

¿Será posible que la gente sepa que soy yo quien cuente la experiencia?

No, ya que en todo momento se protegerá la confidencialidad, por lo dispuesto en la ley:

- Ley orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 14/2007

¿ Y si hay algo que quiero que no aparezca?

No se hará uso de la información que indiques que no quieres que aparezca.

¿¿Tiene algún riesgo la participación?

No.

10.4 ANEXO 4

CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA PREVIA, ELECCIÓN DEL TEMA	TÍTULO, JUSTIFICACIÓN	INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS, METODOLOGÍA CRONOGRAMA	MARCO TEÓRICO	REALIZACIÓN ENTREVISTAS	ANÁLISIS ENTREVISTAS, RESULTADOS	DISCUSIÓN	CONCLUSIONES	PRESENTACIÓN, DEFENSA TFG.

10.5 ANEXO 5

PREGUNTAS PREESTABLECIDAS DE LAS ENTREVISTAS

Pregunta inicial: ¿Cómo crees que ha repercutido en tu vida la episiotomía?

1. ¿Había recibido previamente al parto información sobre la episiotomía por parte de algún profesional sanitario? ¿Sabías lo que era?
2. ¿Conocía los pros y los contras de la episiotomía?
3. ¿Tenía información sobre la prevención de esta técnica?
4. ¿Le preguntaron en algún momento del parto que cómo quería usted vivir su parto y qué pensaba sobre la episiotomía o si estaba de acuerdo con la realización de la misma?
5. ¿Tuvo consecuencias para usted la realización de la episiotomía? ¿cuales?
6. ¿Cree que su calidad de vida es menor desde la realización de la episiotomía?
7. ¿Considera que tiene la misma autoestima desde la realización de la episiotomía?
8. Si quieres tener otro hijo, ¿tienes miedo a que te realicen de nuevo otra episiotomía?